



AZIENDA
OSPEDALIERA
SAN PIO
BENEVENTO

PIAO

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

*Documento redatto ai sensi del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80
convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113*

2022-2024

ESTENSORI DEL DOCUMENTO

| NOMINATIVO | RUOLO AZIENDALE | RUOLO NEL BOARD DI REDAZIONE |
|---------------------|---|------------------------------------|
| F. D'Agostino | Resp. UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance | Referente aziendale ¹ |
| A. Della Camera | Resp. Prevenzione, Corruzione e Trasparenza | Componente task force ² |
| Ing. Emilio Morgevi | Direttore UOC Controllo di Gestione | Componente task force ¹ |
| Dr.ssa M. Pinto | Direttore UOC Risorse Umane | Componente task force ¹ |
| Dr.ssa Ida Ferraro | Direttore UOC URP | Componente task force ¹ |
| Dr. A. Di Stasio | Direttore UOC CED | Componente task force ¹ |
| Dr. F. Cocca | Resp. Ad interim IPSD Formazione | Componente task force ¹ |
| Dr. A. Froncillo | Resp. UOSD Implementazione dei Processi e Monitoraggio delle Attività Direzionali e Resp. Amministrativo Formazione ECM | Componente task force ¹ |

¹ Nominato con Deliberazione n° 78 del 18/02/2022

² Task force di supporto alla stesura del PIAO ai sensi della Deliberazione n° 78 del 18/02/2022

SOMMARIO

| | |
|---|-----------|
| PRESENTAZIONE DEL PIAO..... | 4 |
| SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE..... | 6 |
| SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 11 |
| VALORE PUBBLICO..... | 11 |
| PERFORMANCE | 17 |
| RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | 24 |
| SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 69 |
| STRUTTURA ORGANIZZATIVA..... | 69 |
| ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE | 73 |
| PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE | 88 |
| FORMAZIONE DEL PERSONALE | 92 |
| SEZIONE 4. MONITORAGGIO | 94 |

PRESENTAZIONE DEL PIAO

Col Decreto legge 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge 113 del 6 agosto 2021, è stato introdotto il PIAO, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione. Il suo scopo è quello di raccogliere i diversi strumenti di programmazione usati oggi, per creare un piano unico. Si tratta di una sorta di “testo unico” della programmazione, creato per poter semplificare gli adempimenti a carico degli enti, ma anche per adottare una logica integrata, rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. La sua realizzazione è data anche dal Decreto Reclutamento nella PA, nel quale si richiedeva di realizzare una riqualificazione del personale pubblico, in tempi molto brevi. In questo modo, si realizzerebbero, in tempi brevi, gli obiettivi del PNRR. L’obiettivo è quello di assicurare la qualità e la trasparenza dei servizi, per cittadini e imprese, procedendo alla semplificazione e alla reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso.

Il PIAO sostituisce:

- ✓ il piano della performance, poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- ✓ il piano per il lavoro agile e il piano della formazione, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- ✓ il piano del fabbisogno del personale, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- ✓ il piano anticorruzione, così da raggiungere la piena trasparenza, nelle attività di organizzazione.

L’innovazione sostanziale del PIAO, però, risiede soprattutto nella “logica programmatica” che può essere sintetizzata con la formula: +SALUTE → -RISCHI → + PERFORMANCE → +VALORE PUBBLICO.

Il concetto, proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, si profila quale stella polare e catalizzatore degli sforzi programmatici dell'ente.

Per Valore Pubblico in senso stretto, le Linee Guida DFP intendono: il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza. Un ente crea Valore Pubblico in senso stretto quando impatta complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline.

Un ente crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti, misurabili anche tramite BES e SDGs (PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES). In tale prospettiva, il VP si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico. Il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali. Si pensi ai rischi corruttivi che si stagliano minacciosi sull'ombra dei progetti del PNRR.

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa (adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le metodologie di Lavoro Agile) e della salute professionale (reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate).

Per tali motivi, l'AORN San Pio di Benevento, ha istituito una task force ad hoc in grado di rimodulare i vari piani già predisposti in un unico documento in grado di creare e mantenere il valore pubblico dell'Azienda.

Il Direttore Generale

Mario Nicola Vittorio Ferrante



(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L' Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento consta di due presidi ospedalieri: il presidio "Gaetano Rummo", articolato in sei padiglioni (S. Pio da Pietrelcina- San Giuseppe Moscati - Santa Teresa della Croce -San Bartolomeo- Gaetano Rummo- Direzione e Servizi Generali) con sede in Benevento alla Via dell'Angelo 1 ed il Presidio "Sant'Alfonso Maria dei Liguori" con sede in S.Agata dei Goti alla Contrada San Pietro. Tale organizzazione di valenza pluri-presidiale è effettiva a partire dal 01/01/2018 per effetto del Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 54 del 07/11/2017, che ha disposto l'annessione del Presidio Sant'Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata dei Goti all' Azienda Ospedaliera Gaetano Rummo. Quest'ultima, come riportato nell'Atto aziendale, approvato con delibera 493 del 03 agosto 2018, è divenuta Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento lasciando invariate le storiche denominazioni dei presidi ad essa afferenti. Con il DCA 41/2019 si è riconfigurato il ruolo del PO S. Alfonso Maria dei Liguori quale struttura sede di Pronto Soccorso. Di seguito si riporta la configurazione dei posti letto così come previsti dal DCA 41/2019:

| AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO | | | | |
|--|--|---|-------------------------|---------------------------|
| Struttura | Codice Disciplina | Disciplina | Posti letto DCA 41/2019 | Posti letto DGRC 378/2020 |
| P.O. RUMMO | 02 | Day hospital | 4 | 4 |
| | 08 | Cardiologia | 22 | 22 |
| | 09 | Chirurgia Generale | 52 | 52 |
| | 10 | Chirurgia Maxillo Facciale | 8 | 8 |
| | 14 | Chirurgia Vascolare | 10 | 10 |
| | 18 | Ematologia | 6 | 6 |
| | 24 | Malattie Infettive e Tropicali | 14 | 14 |
| | 26 | Medicina Generale | 26 | 26 |
| | 29 | Nefrologia | 10 | 10 |
| | 30 | Neurochirurgia | 20 | 20 |
| | 32 | Neurologia | 20 | 20 |
| | 34 | Oculistica | 10 | 10 |
| | 36 | Ortopedia e Traumatologia | 24 | 24 |
| | 37 | Ostetricia e Ginecologia | 30 | 30 |
| | 38 | Otorinolaringoiatria | 10 | 10 |
| | 39 | Pediatria | 14 | 14 |
| | 40 | Psichiatria | 18 | 18 |
| | 43 | Urologia | 14 | 14 |
| | 49 | Terapia Intensiva | 20 | 24 |
| | 50 | Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia | 8 | 8 |
| | 51 | Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza | 18 | 18 |
| | 52 | Dermatologia | 4 | 4 |
| | 56 | Recupero e Riabilitazione funzionale | 8 | 8 |
| 57 | Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia | 4 | 4 | |
| 58 | Gastroenterologia | 8 | 8 | |
| 60 | Lungodegenti | 12 | 12 | |
| 62 | Neonatologia | 6 | 6 | |
| 64 | Oncologia (con posti letto) | 18 | 18 | |
| 68 | Pneumologia | 14 | 14 | |
| 71 | Reumatologia | 10 | 10 | |
| 73 | Terapia Intensiva Neonatale | 6 | 6 | |
| PO RUMMO Totale | | | 448 | 452 |
| P.O. S.ALFONSO MARIA DE' LIGUORI | 08 | Cardiologia | 4 | 4 |
| | 09 | Chirurgia Generale | 10 | 10 |
| | 26 | Medicina Generale | 12 | 12 |
| | 36 | Ortopedia e Traumatologia | 10 | 10 |
| | 49 | Terapia Intensiva | 4 | 4 |
| | 56 | Recupero e Riabilitazione funzionale | 26 | 26 |
| 60 | Lungodegenti | 24 | 24 | |
| 64 | Oncologia (con posti letto) | 6 | 6 | |
| P.O. S.ALFONSO MARIA DE' LIGUORI Totale | | | 96 | 96 |
| TOTALE AO SAN PIO | | | 544 | 548 |

La DGRC 378/2020 “Adozione del 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 e aggiornamento DGRC 304/2020”, in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID19, programma poi ulteriori 4 posti letto di terapia intensiva per il Presidio Ospedaliero G. Rummo.

L'Azienda è organizzata su base dipartimentale. I vari Dipartimenti clinico-assistenziali, si compongono di almeno tre Unità Operative Complesse (a loro volta articolate in Unità Operative Semplici) nonché di varie Unità Operative Semplici Dipartimentali. In presenza di riconosciute eccellenze, l'Azienda ha anche attribuito specifici Incarichi Professionali di cui alcuni a valenza dipartimentale.

L'Azienda, inoltre, si avvale di reti professionali costituite da insiemi di singoli professionisti o articolazioni organizzative, riuniti su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi specifici.

Analogamente, l'Azienda attiva, a seconda delle necessità, gruppi operativi interdisciplinari costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o articolazioni organizzative differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente.

I dati di attività

Di seguito si riportano i principali dati di attività a testimoniare il ruolo che l'Azienda svolge sul territorio.

| Ricoveri DO | | | |
|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2019 | 2020 | 2021 |
| N. Ricoveri | 12.812 | 10.002 | 10.066 |
| Gg degenza | 96.275 | 76.930 | 75.214 |
| Degenza Media | 7,51 | 7,69 | 7,47 |
| Peso medio | 1,14 | 1,27 | 1,27 |
| Rimborso DRG | 46.804.947 € | 41.988.618 € | 42.124.963 € |
| DRG medio | 3.653 € | 4.198 € | 4.185 € |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| Ricoveri DH | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2019 | 2020 | 2021 |
| N. Ricoveri | 5.806 | 3.529 | 3.642 |
| N. Accessi | 21.339 | 16.192 | 15.827 |
| Accessi medi | 3,68 | 4,59 | 4,35 |
| Peso medio | 0,76 | 0,74 | 0,74 |
| Rimborso DRG | 7.585.920 € | 5.074.873 € | 4.853.517 € |
| DRG medio | 1.307 € | 1.438 € | 1.333 € |

I dati del 2021 sono sostanzialmente in linea rispetto al 2020, a testimonianza che anche per l'anno passato l'attività ospedaliera è stata rivolta sostanzialmente all'assistenza dei pazienti COVID19. A riguardo infatti l'Azienda è stata costretta a rimodulare la propria organizzazione per dare risposte immediate ai pazienti in merito all'emergenza sanitaria. Occorre inoltre ricordare come sia nel 2020 che nel 2021 al fine di dare assistenza ai pazienti COVID19, in linea alle direttive emanate dalla Regione, sono state sospese tutte le attività ordinarie di ricovero e specialistica ambulatoriale garantendo solamente l'urgenza e l'attività oncologica.

| Mobilità attiva - % ricoveri | | | | | | |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| | DO | DH | DO | DH | DO | DH |
| Benevento | 76,1% | 68,6% | 73,7% | 71,6% | 75,0% | 70,7% |
| Fuori Provincia | 21,9% | 29,1% | 24,6% | 26,8% | 23,0% | 27,8% |
| Fuori Regione | 2,0% | 2,3% | 1,7% | 1,6% | 1,9% | 1,5% |

I dati dei ricoveri legati alla provenienza dei pazienti, evidenziano per il 2021 una riduzione della mobilità attiva per i ricoveri DO dei pazienti provenienti da altre province della Regione.

| Accessi Pronto Soccorso | | | |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2019 | 2020 | 2021 |
| Codice Bianco | 1.592 | 1.034 | 607 |
| Codice Verde | 27.284 | 6.553 | 16.439 |
| Codice Azzurro | | | 6.818 |
| Codice Giallo | 10.889 | 16.197 | |
| Codice Arancio | | | 6.749 |
| Codice Rosso | 1.170 | 1.002 | 1.444 |
| Codice Nero | 3 | 4 | 5 |
| TOTALE | 40.938 | 24.790 | 32.062 |

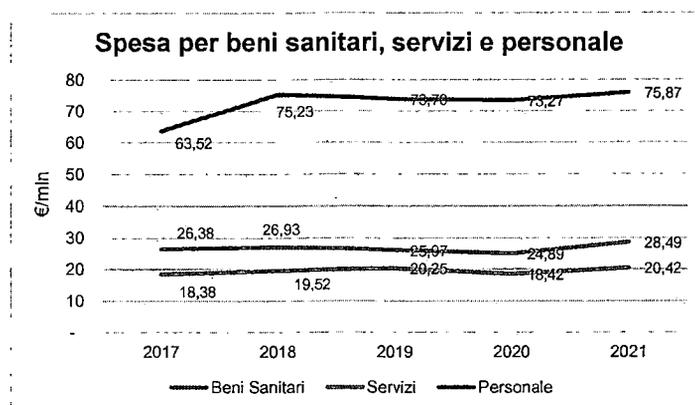
In merito agli accessi al Pronto Soccorso si evidenzia un dato in aumento rispetto al 2020, sinonimo sia di una ripresa dell'attività che di una migliore organizzazione aziendale nella gestione dei percorsi per assistere sia i malati COVID19 che i pazienti affetti da altre patologie. Si rileva come a partire dall'anno 2021 è stata adottata la nuova classificazione nazionale per i

codici triage, che prevede non più 5 ma 6 classi di accettazione (introduzione dei codici azzurro e arancio e dismissione del codice giallo).

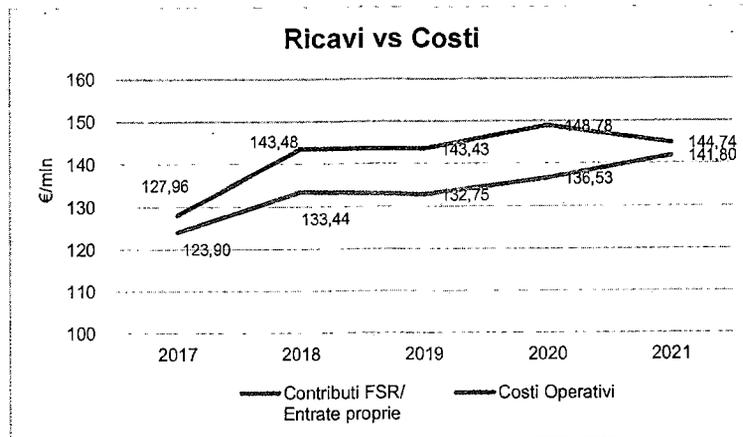
| Volume di produzione specialistica ambulatoriale | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Branca tetti | I TRIM | I TRIM | II TRIM | II TRIM | III TRIM | III TRIM | IV TRIM | IV TRIM |
| | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 |
| BRANCHE A VISITA | 16.746 | 8.260 | 23.939 | 19.130 | 36.872 | 30.509 | 44.001 | 43.382 |
| CARDIOLOGIA | 2.379 | 1.461 | 3.808 | 3.300 | 5.296 | 4.957 | 6.138 | 6.747 |
| DIABETOLOGIA | | 999 | | 2.456 | | 3.821 | 30 | 5.351 |
| DIALISI | 93 | 2.692 | 215 | 4.555 | 325 | 6.916 | 1.680 | 9.035 |
| MEDICA FISICA E RIABIL. | 1.107 | 290 | 1.113 | 1.133 | 1.173 | 1.910 | 1.208 | 2.840 |
| MEDICINA NUCLEARE | | | | | | | 9 | |
| PATOLOGIA CLINICA | 61.866 | 45.086 | 88.889 | 93.051 | 129.744 | 143.806 | 163.271 | 215.022 |
| RADIOLOGICA | 4.545 | 2.158 | 6.379 | 5.068 | 8.750 | 7.235 | 10.610 | 11.891 |
| RADIOTERAPIA | 782 | 2.565 | 1.830 | 5.004 | 2.915 | 7.962 | 4.988 | 11.087 |
| Totale | 87.518 | 63.511 | 126.173 | 133.697 | 185.075 | 207.116 | 231.935 | 305.355 |

| Valore della produzione specialistica ambulatoriale | | | | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Branca tetti | I TRIM | I TRIM | II TRIM | II TRIM | III TRIM | III TRIM | IV TRIM | IV TRIM |
| | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 |
| BRANCHE A VISITA | 364.074 | 194.516 | 529.382 | 448.614 | 832.338 | 708.548 | 986.814 | 1.009.656 |
| CARDIOLOGIA | 77.353 | 37.523 | 119.516 | 89.049 | 162.120 | 137.261 | 185.122 | 191.005 |
| DIABETOLOGIA | | 17220 | | 43.076 | | 68.773 | 1855 | 95.922 |
| DIALISI | 6264 | 291.301 | 15398 | 488.660 | 24238 | 740.917 | 214.513 | 980.130 |
| MEDICA FISICA E RIABIL. | 23.890 | 5970 | 24.281 | 24.212 | 25.944 | 41.026 | 27.127 | 60.097 |
| MEDICINA NUCLEARE | | | | | | | 256 | |
| PATOLOGIA CLINICA | 309.064 | 261.678 | 452.383 | 585.307 | 672.981 | 886.580 | 824.673 | 1.246.175 |
| RADIOLOGICA | 265.382 | 162.979 | 397.859 | 376.356 | 561.920 | 542.506 | 703.139 | 903.869 |
| RADIOTERAPIA | 58375 | 159.515 | 126.227 | 328.012 | 191.906 | 488.858 | 317.308 | 678.886 |
| Totale | 1.104.402 | 1.130.703 | 1.665.047 | 2.383.286 | 2.471.448 | 3.614.467 | 3.260.805 | 5.165.740 |

Rispetto alle prestazioni di specialistica ambulatoriale risulta un aumento nel 2021 rispetto al 2020, sia in termini di numero di prestazioni che di valore della produzione. Ciò è imputabile sia ad una ripresa delle attività nonostante il perdurare della pandemia, che ad una migliore rendicontazione dei flussi di attività a seguito del passaggio al nuovo sistema CUP regionale a partire da settembre 2020.



(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)



| | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Personale a tempo indeterminato | 1.196 | 1.226 | 1.229 |
| - Medici | 264 | 261 | 273 |
| - Dirigenti non medici | 38 | 34 | 43 |
| - Personale non dirigente | 894 | 931 | 913 |
| Personale a tempo determinato | 10 | 22 | 57 |
| TOTALE | 1.206 | 1.248 | 1.286 |

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

Risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici

L'art. 5 del d.lgs. n. 150/2009 "Obiettivi e indicatori" stabilisce che gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.

La programmazione degli obiettivi parte dalla pianificazione strategica, ossia da quel processo strategico con il quale si identificano gli obiettivi di fondo dell'Azienda (obiettivi strategici), i relativi piani di azione (strategie) e le risorse necessarie (umane e finanziarie).

Da questi obiettivi strategici devono provenire, con un modello partecipativo, gli obiettivi operativi di gestione corrente (anno) della Azienda nel suo complesso, delle diverse aree e dei dipendenti.

Nella catena logica del SMVP si distinguono 3 livelli:

1. livello politico istituzionale, nell'ambito del quale si definiscono le missioni, i programmi e le priorità politiche;
2. livello strategico, che prevede la traduzione delle missioni, dei programmi in obiettivi strategici;
3. livello operativo, che individua gli obiettivi operativi declinati dagli obiettivi strategici.

Per poter realizzare le proprie strategie, l'Amministrazione stabilisce gli obiettivi operativi definendo i risultati a breve termine (l'anno di esercizio) e individuando le risorse (economiche, strumentali e umane) per raggiungerli, nonché la loro allocazione nel tempo e nelle strutture organizzative coinvolte.

Tipicamente, i criteri in base al quale definire un obiettivo operativo vengono riassunti tramite l'acronimo S.M.A.R.T.: Specifico (tale che risulti chiaro e comprensibile per chi deve realizzarlo),

Misurabile (in modo che sia quantificabile il risultato ottenuto, facilitandone la valutazione),
Accessibile (tale che sia effettivamente realizzabile, date le risorse a disposizione), Rilevante
(tale che risponda effettivamente alle strategie e in ultima istanza ai bisogni degli stakeholder)
e Temporalmente definito.

Così come dalla strategia derivano i piani e gli obiettivi operativi per realizzarla, da questi ultimi derivano ulteriori obiettivi ancora più specifici e limitati (in termini di risorse impiegate) che vengono assegnati ai diversi ruoli organizzativi lungo la gerarchia della struttura, secondo un processo di definizione a cascata, affinché ciascuno possa contribuire alla realizzazione della strategia coerentemente al contributo di tutti.

Vengono definiti:

- gli obiettivi della Direzione generale, con riferimento all'andamento globale delle attività amministrative, di cui risponde alla Regione (obiettivi generali o strategici)
- gli obiettivi dei Dirigenti o responsabili di Area, con riferimento al contributo fornito da ciascuna area al raggiungimento dei risultati della Direzione generale, a cui rispondono (obiettivi generali e specifici)
- gli obiettivi dei responsabili di Settore o di Servizio o dei titolari di posizioni organizzative, con riferimento al contributo fornito da ciascuno di essi al raggiungimento dei risultati dell'Area o della struttura a cui afferiscono, rispondendone al responsabile (obiettivi specifici);
- gli obiettivi del restante personale sanitario- amministrativo (obiettivi specifici);

Attraverso il raggiungimento degli obiettivi specifici da parte dei singoli attori del sistema è possibile quindi raggiungere anche gli obiettivi generali che rispondono sia alle linee strategiche definite a livello regionale (con particolare riferimento al soddisfacimento dei LEA) e sia ai nuovi indirizzi normativi in termini di:

- definizione dei processi formativi al fine di migliorare le competenze del personale interno;
- determinazione del fabbisogno di personale e del relativo standard di riferimento;
- reingegnerizzazione dei processi al fine di semplificare le procedure interne e ridurre i tempi per l'erogazione dei servizi;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

- migliorare l'accessibilità (fisica e digitale) ai servizi da parte dei cittadini;
- garantire la parità di genere;
- organizzazione del lavoro agile;
- assicurare la trasparenza e la prevenzione dei rischi.

Tra gli obiettivi del PIAO trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare l'accessibilità sia fisica che digitale dell'Azienda e quelli legati alla semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure.

Portale dei servizi al cittadino

I progressi tecnologici hanno cambiato radicalmente il modo di vivere, di pensare e di relazionarsi con gli altri di ogni essere umano; diviene, quindi, sempre più importante l'interazione telematica tra il cittadino e le istituzioni e, nello specifico, tra struttura sanitaria e paziente come, peraltro, l'emergenza pandemica si è incaricata di dimostrare.

L'attuale organizzazione aziendale non garantisce tale interazione richiedendo al cittadino/paziente, in particolare disabile o anziano, di recarsi fisicamente presso le Unità Operative aziendali per ottenere servizi e prestazioni che, in un'ottica di "valore pubblico" potrebbero essergli garantiti in modalità semplificata.

Obiettivo del progetto è offrire un servizio efficiente, tecnologico, rapido ed economico al cittadino/utente che decide di affidare la propria salute all'Azienda Ospedaliera S.Pio..

Al tal fine il progetto: "Portale dei Servizi al cittadino" si pone come punto di contatto tra i due attori mettendo al servizio dei cittadini una serie di servizi online utilizzabili, sia in chiaro che previo riconoscimento con Identità Digitale SPID come da normativa vigente.

Il Portale Servizi al Cittadino ha lo scopo di digitalizzare i servizi offerti dall'Azienda e consentirne la fruizione al cittadino, on-line, in modo semplice e rapido nell'ottica di tendere ad implementare "valore pubblico" ed avendo la qualità dei servizi al cittadino come obiettivo primario.

La realizzazione del portale dovrebbe prevedere, quale primo passo, l'accesso "virtuale" all'Azienda ed ai suoi servizi attraverso SPID.

Tra i servizi resi disponibili dopo aver effettuato l'accesso al portale, potrebbero essere previsti:

- le cartelle cliniche digitalizzate dei pazienti entrati in contatto con le articolazioni aziendali, consegnando in tempo reale una copia digitale del documento sanitario (download); ciò attraverso l'utilizzo di interfacce web semplici ed intuitive. L'accesso ai dati clinici avverrebbe avvalendosi dei servizi di Identità Digitale (SPID), integrati nella portale dei Servizi, che garantirebbero il rispetto di tutti i criteri di sicurezza e protezione dei dati;
- integrazione con i servizi di Pagamento online (Mypay con integrazione App IO) per consentire al paziente di effettuare il pagamento del ticket direttamente dalla piattaforma web. Trattandosi complessivamente di un progetto di integrazione tra sistemi, lo stesso richiede attività eterogenee tra loro con impiego di risorse con competenze complementari e specifiche rispetto ai sottosistemi da integrare.
- ritiro on line referti radiologici e di laboratorio con gestione consenso informato e deleghe;
- prenotazioni on line
- monitoraggio del paziente in Pronto Soccorso
- Gestione Screening Vaccinale per dipendenti

L'Azienda dovrebbe dotarsi di una piattaforma applicativa web-based capace di archiviare e successivamente consentire la consultazione dei documenti sanitari al paziente. Una piattaforma pienamente ucompliant con il sistema Informativo in uso all'Azienda.

La piattaforma consentirebbe, al cittadino autenticato, la ricerca e il rilascio (download) delle copie delle proprie cartelle cliniche digitalizzate direttamente sul proprio Personal computer o tablet previo pagamento telematico del ticket dovuto.

Ciò garantirebbe al cittadino la piena fruizione del servizio in qualunque momento ed in qualunque luogo sempre nel pieno rispetto dei requisiti sulla privacy (GDPR/2016).

La piattaforma quindi dovrebbe avere un portale per raccogliere i moduli di front-end (le interfacce web) e un collegamento al repository di raccolta delle cartelle digitalizzate.

La piattaforma, inoltre, dovrà:

- collegarsi ai servizi SPID di AGID per l'autenticazione certa del paziente;
- collegarsi ai servizi di Pagamento On-line, erogati dalla piattaforma MyPay della Regione Campania, per il versamento dei ticket richiesti per il download dei documenti sanitari selezionati e inseriti nel carrello elettronico.

Tutte le interfacce applicative del portale dovrebbero essere compatibili con la maggioranza dei browser e utilizzano di tecniche di responsive design anche con browser non di ultima generazione e su dispositivi mobile.

L'applicazione potrebbe essere richiamata direttamente da una specifica sezione del portale web aziendale allo scopo di facilitare l'accesso da parte dei cittadini.

Monitoraggio del paziente in pronto soccorso

Al fine di consentire il più possibile l'interazione azienda/paziente/cittadino potrebbe essere prevista la visualizzare in tempo reale della situazione del Pronto Soccorso del Presidio G.Rummo di Benevento e del Presidio S. Alfonso dei Liguori di S. Agata de' Goti per quanto concerne:

- pazienti in attesa
- pazienti in corso di visita
- in osservazione o ricoverati in OBI.

APP su pc, smartphone e tablet

L'Azienda dovrebbe dotarsi di una piattaforma per consentire al cittadino di effettuare una serie di attività in autonomia e sicurezza.

L'obiettivo è quello di fornire al cittadino, attraverso un'apposita Applicazione (APP) uno strumento veloce ed intuitivo, utile anche per persone anziane e/o con scarsa competenza informatica, per accesso alle piattaforme, la consultazione delle proprie prenotazioni, il pagamento online, la visualizzazione dei propri referti

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

attraverso pluralità di dispositivi quali personal computer, smartphone e tablet evitando spostamenti fisici per prenotazioni e/o ritiri come pure evitando attese telefoniche in caso di servizio fornito mediante call-center .

La App servirà ad espandere le funzionalità già fornite al cittadino attraverso il portale web dell'Azienda al fine di consentire la creazione di un sistema di accesso e di comunicazione tra la struttura sanitaria ed il paziente, ampliando nel tempo la disponibilità di servizi, al crescere delle esigenze da entrambe le parti.

L'App dovrà consentire di accedere attraverso dispositivi come personal computer oppure smartphone ai vari sistemi informativi delle strutture sanitarie del territorio.

Nello specifico l'App potrebbe integrarsi con i servizi CUP con possibilità per gli utenti di consultare le disponibilità e visualizzare i propri appuntamenti.

Analogamente, l'App potrebbe interagire con i sistemi di cassa al fine di consentire i pagamenti tramite PagoPA.

Altre possibili ipotesi di integrazione potrebbero essere:

- repository documentale per la ricerca e download dei referti;
 - sistema di gestione delle code (TagliaCode) per la prenotazione di uno slot di chiamata
 - ufficio URP per la raccolta di segnalazioni o richieste di supporto tecniche e/o sanitarie
- In linea generale l'attivazione delle varie funzionalità dovrà estendersi a tutti quei servizi che hanno:
- interoperabilità verso servizi esterni per il recupero/inserimento dati
 - piattaforma di utilizzo (modalità WebApp oppure app rilasciata sugli store)
 - disponibilità del livello di autenticazione minimo richiesto alla funzionalità

La realizzazione del progetto consta delle seguenti fasi:

- una Attività di assessment
- la definizione delle infrastrutture Hardware per il Cloud;
- l'attività implementative delle funzionalità di integrazione con i servizi di identificazione SPID, Mypay.

L'integrazione dei componenti applicativi dal Cloud al collegamento al portale web aziendale, alla connessione ai servizi di Identity Management (SPID) e Mypay, all'integrazione con la fonte sorgenti delle cartelle cliniche digitalizzate.

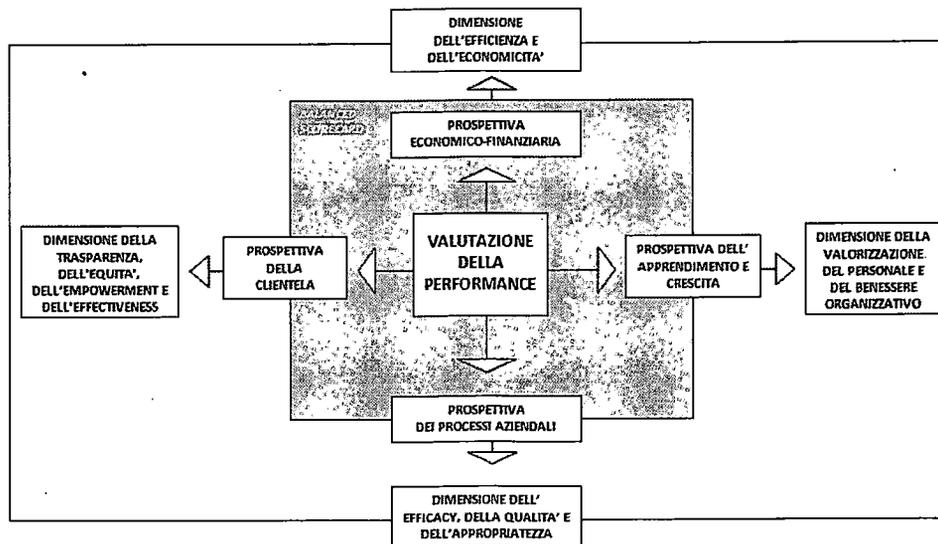
PERFORMANCE

Programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance, di efficienza e di efficacia

Il Sistema contempla un insieme di obiettivi che possono essere ricondotti ad alcune delle dimensioni della performance che sono state individuate facendo riferimento ad uno dei possibili strumenti - peraltro caldeggiato dalla stessa CIVIT - di supporto nella gestione strategica, la cosiddetta Balanced scorecard. Quest'ultima, permette di tradurre la missione e la strategia di una organizzazione in un insieme coerente di misure di performance che tengono conto della prospettiva economico-finanziaria, ma anche delle prospettive dell'apprendimento e crescita, dei processi aziendali e della clientela. Il presente Piano, quale sintesi della propria programmazione, individua le dimensioni - entro cui declinare i vari obiettivi - che corrispondono alle seguenti aree strategiche:

- Area dell'efficienza e dell'economicità;
- Area della valorizzazione del personale e del benessere organizzativo;
- Area dell'efficacy (esiti), della qualità e dell'appropriatezza organizzativa;
- Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza, dell'equità e dell'empowerment;

Di seguito si riporta lo schema esemplificativo per la misurazione della performance:



Per ciascuna area strategica individuata, così come rappresentato anche graficamente nell'albero della performance, il presente Piano declina i vari obiettivi strategici da cui poi discendono direttamente gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

A partire da tali obiettivi, la Direzione Strategica negozia con i Direttori/Responsabili di struttura gli obiettivi per la valutazione della performance organizzativa.

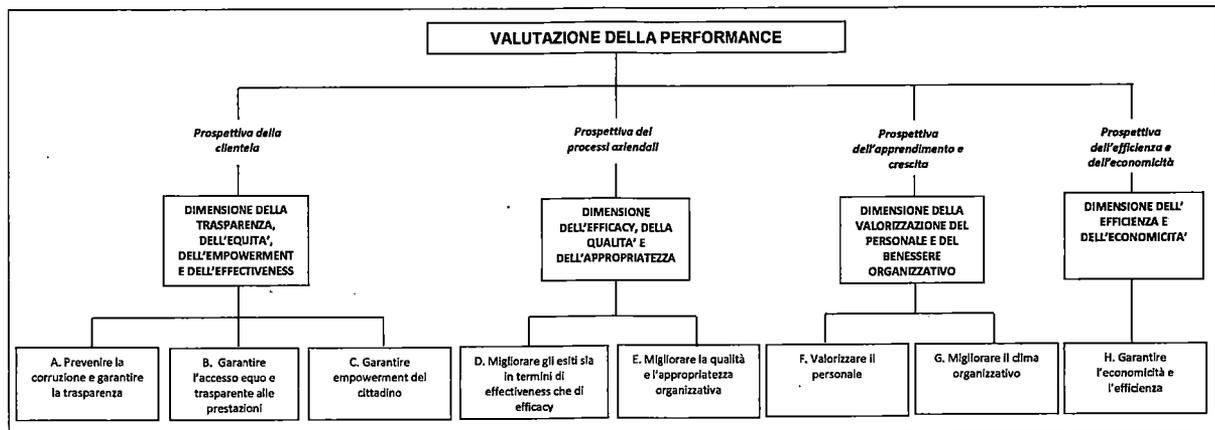
I Direttori/Responsabili di struttura, a loro volta e senza mai confliggere con gli obiettivi assegnati a ciascuna articolazione organizzativa, assegnano specifici obiettivi ai singoli professionisti per la misurazione della performance individuale e considerando contestualmente le competenze ed i comportamenti generali.

Analogamente, di concerto con i Servizi delle Professioni Sanitarie, vengono declinati specifici obiettivi strutturali ed individuali per il personale del comparto, anch'essi coerenti con gli obiettivi operativi attribuiti alle strutture di appartenenza

L'albero della performance

Al fine di agevolare la comprensione dell'intero processo che dall'individuazione degli obiettivi strategici porta fino alla definizione di indicatori di performance di efficacia e di efficienza, si riporta di seguito l'albero della performance aziendale e una sorta di mappa logica in grado di collegare, anche graficamente, i legami tra livello istituzionale, livello strategico e livello operativo ed i vari obiettivi considerati dal punto di vista dell'outcome.





L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d'azione. Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione. Un'area strategica può riguardare un insieme di prodotti o di servizi o di utenti o di politiche o loro combinazioni.

L'albero della performance fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. Ha una valenza di comunicazione esterna ed una valenza tecnica di "messa a sistema" delle due principali dimensioni della performance.

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

Il tutto è sintetizzato in uno o più "piani operativi". Essi individuano

- l'obiettivo operativo, a cui si associano uno o più indicatori; ad ogni indicatore è attribuito un valore baseline e un valore programmato o atteso (target);
- le azioni da porre in essere e la relativa tempistica;
- le responsabilità organizzative, identificando un solo responsabile per ciascun obiettivo operativo.

Dalla figura di cui sopra si evince come gli obiettivi strategici aziendali siano stati suddivisi in 8 macro-aree:

- A. Prevenire la corruzione e garantire la trasparenza;
- B. Garantire l'accesso equo e trasparente alle prestazioni;
- C. Garantire l'empowerment del cittadino;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

- D. Migliorare gli esiti sia in termini di effectiveness che di efficacy;
- E. Migliorare la qualità e l'appropriatezza organizzativa;
- F. Valorizzare il personale;
- G. Migliorare il clima organizzativo;
- H. Garantire l'economicità e l'efficienza

Una volta definiti, gli obiettivi, strategici ed operativi, devono essere costantemente monitorati e, soprattutto, misurati – tramite indicatori – al fine di poter valutare il raggiungimento dei risultati.

La questione cruciale della valutazione organizzativa risiede proprio nella definizione degli indicatori di performance e dei relativi target, cioè dei valori previsionali che si presume di conseguire per il periodo considerato. La definizione dei valori target dà la possibilità, a consuntivo, di misurare il grado di raggiungimento dell'obiettivo e di evidenziare gli scostamenti rispetto ai valori presunti.

Al fine di implementare un buon piano della performance, deve essere dunque delineato un sistema di indicatori atti a misurare, nel modo più oggettivo possibile e in termini chiari e concreti, il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi.

Identificazione degli indicatori

Gli indicatori, necessari a misurare gli obiettivi, devono essere pertinenti e misurabili (preferibilmente in termini quantitativi), e riferiti anche all'efficienza e all'efficacia, in base alla maggiore pertinenza con l'obiettivo misurato.

Determinazione dei target

Il target, ovvero il risultato atteso, deve essere definito in modo realistico, tenendo conto degli eventuali risultati precedenti, in modo da essere anche ambizioso e tale da contribuire a migliorare il processo.

Il target deve essere riferito ad un arco temporale preciso ed essere misurabile, preferibilmente in modo quantitativo.

Nella fase di monitoraggio del processo occorre riportare il risultato conseguito, con l'indicazione dell'eventuale scostamento rispetto al valore atteso.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Per ogni obiettivo occorre dunque individuare chi fa cosa, con quali competenze, con quali strumenti e in che tempi.

Per la realizzazione di quanto sopra riportato, tutti gli obiettivi strategici vengono declinati in una serie di obiettivi operativi il cui raggiungimento è misurato attraverso indicatori di performance.

Valutazione della performance organizzativa

Il SMVP prevede l'attribuzione di obiettivi specifici a tutte le strutture organizzative dell'Azienda, misurabili attraverso uno o più indicatori di efficacia ed efficienza. La performance organizzativa comprende tutte le attività istituzionali e gestionali dell'Azienda, tenendo conto degli obiettivi di sviluppo di carattere operativo coerenti con le linee strategiche e relativi alla gestione delle attività ordinarie, con specifica attenzione all'efficienza e alla qualità delle stesse.

Valutazione della performance individuale

La valutazione delle prestazioni e dei risultati è finalizzata al progressivo miglioramento delle prestazioni erogate e dell'organizzazione del lavoro, nonché alla crescita professionale dei dipendenti attraverso una maggiore partecipazione dei singoli al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda.

La valutazione della performance individuale è effettuata in base ai seguenti principi:

- oggettività delle metodologie ed equità di trattamento;
- trasparenza e pubblicità dei criteri usati e dei risultati;
- partecipazione dei valutati al procedimento;
- procedura di conciliazione in caso di contestazione, da realizzarsi in tempi certi e congrui.

La misurazione e valutazione della performance individuale deve garantire il più possibile l'equità di trattamento di tutto il personale nel rispetto delle pluralità professionali e tenendo conto delle posizioni.

I parametri di valutazione della performance sono riferiti all'adeguatezza ed al raggiungimento del risultato atteso nonché all'efficacia ed all'efficienza.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

L'adeguatezza degli indicatori è valutata in funzione del collegamento agli obiettivi operativi e strategici ed alla misurazione dei risultati orientati all'utente (grado di soddisfazione percepita degli stakeholder). Gli elementi di valutazione della performance individuale sono collegati a:

- la qualità del contributo individuale alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza;
- comportamento professionale e competenze dimostrate;
- competenze organizzative;
- capacità di valutare i collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Pertanto il sistema di valutazione delle prestazioni individuali del personale tiene conto anche dei seguenti elementi:

- Coinvolgimento: occorre garantire la condivisione degli obiettivi strategici dell'Azienda e la consapevolezza delle responsabilità gestionali attribuite ai singoli. Tutto il personale deve essere incentivato alla partecipazione nei processi organizzativi ed a condividere l'impegno per il raggiungimento dei risultati.
- Miglioramento: va favorita la crescita della qualificazione professionale e culturale, nonché la formazione continua, del personale tecnico-amministrativo, in tutte le fasi della carriera. A tal fine, deve essere messa in atto un'accurata analisi delle esigenze formative e devono essere predisposti mirati interventi per la formazione e l'aggiornamento professionale.
- Riconoscimento del merito: deve essere previsto un collegamento trasparente tra le prestazioni individuali ed il sistema premiante, sia in termini di incentivi economici sia di progressioni di carriera.
- Pari opportunità: deve essere garantita un'azione costante e decisa per le pari opportunità tra i generi, per garantire l'effettiva uguaglianza, la valorizzazione del benessere di chi lavora, contro ogni discriminazione.

La garanzia delle pari opportunità

Per pari opportunità si intende l'applicazione dei principi di parità di genere e di pari opportunità, nonché la prevenzione e il contrasto di ogni forma di violenza e di discriminazione di natura morale, sessuale, fisica o psicologica.

La normativa vigente ne consente la tutela attraverso l'istituzione dei cosiddetti Comitati Unici di Garanzia (CUG).

I CUG sono organismi creati per la realizzazione delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni di genere, età, razza, religione, orientamento sessuale e disabilità.

Nelle Aziende pubbliche deve essere costituito il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ai sensi della Legge 183 del 04/11/2010 art. 21, comma 4.

I CUG sono costituiti da un componente titolare ed uno supplente designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'A.O. assicurando nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi e la rappresentanza delle diverse aree funzionali e sedi di lavoro. Il Comitato resta in carica per quattro anni ed esercita le sue funzioni in regime di prorogatio sino alla costituzione del nuovo organismo. I componenti possono essere rinnovati una sola volta.

In tale ottica l'Azienda si è adoperata per attivare il comitato unico di garanzia al fine di promuovere misure idonee a tutelare la dignità delle persone che lavorano al suo interno con la consapevolezza che è di fondamentale importanza lo sradicamento degli stereotipi e dei pregiudizi culturali.

Ad oggi sono state individuate le componenti sindacali e quelle aziendali attraverso l'avvio di vari interpellati ad hoc.

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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

In via del tutto innovativa e nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 comma 8 della L.190/2012, spetta alla competenza esclusiva dell'organo di indirizzo politico indicare quegli obiettivi strategici che l'Azienda Ospedaliera "S. Pio" nel triennio 2022-2024 intende adottare, prevedendoli ovviamente già per l'anno in corso 2022. Di seguito gli obiettivi strategici fissati dall'organo di indirizzo politico e indicati nella delibera di approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, ovvero:

- Trasparenza amministrativa:

Implementazione dei corsi di formazione in materia di trasparenza e privacy al fine di garantire un coordinamento tra le due normative e in materia di appalti, finalizzati ad una corretta valutazione e applicazione della disciplina relativa agli acquisti telematici come previsto dal d.lgs. n. 50/16; implementazione della informatizzazione dei processi afferenti al settore pari al 20% rispetto all'anno precedente.

- Prevenzione della corruzione:

Riduzione del ricorso alle proroghe negli appalti pubblici del 20% rispetto all'anno precedente.

Obiettivi delle UUOO amministrative

Sempre nell'ottica dell'efficienza e della trasparenza della macchina amministrativa e della prevenzione della corruzione, sono stati previsti i seguenti obiettivi dei Responsabili di UU.OO.

Amministrative:

- adeguata valorizzazione della performance del personale dipendente, secondo criteri oggettivi e misurabili di imparzialità ed efficienza, con conseguente diversificazione dei punteggi attribuiti a ciascun dipendente;
- misure Organizzative atte a garantire l'efficienza dell'azione amministrativa, in esecuzione del P.O.L.A;
- implementazione Procedure previste dal P.A.C. (Piano Attuativo Certificabilità) o eventuale aggiornamento per quanto di competenza;
- implementazione nuova ed organica architettura del sistema digitale aziendale;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

- adozione regolamentazione relativa alla procedura di acquisti dei beni, servizi, lavori e investimenti;
- monitoraggio dei tempi di pagamenti in un'ottica di riduzione degli stessi;
- costituzione con delibera n. 78 del 18.02.2022 di apposita Task force per la redazione del PIAO;
- incentivazione del senso di appartenenza estendendo la formazione a profili professionali non ricompresi nelle precedenti edizioni;
- programmazione nei reclutamenti risorse umane, acquisto beni e servizi e attrezzature elettromedicali, affidamento lavori.

Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione

A livello di Amministrazione, la Legge n. 190/2012, prevede all'art. 1 commi 6, 7 e 8, la sinergia tra diversi livelli di governo.

Responsabile della prevenzione della corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, individuato dall'organo di indirizzo politico con delibera n. 566 del 18/10/2021 nella persona della Dott.ssa Annarita Della Camera.

Questi ha la funzione, tra l'altro, di predisporre una proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione all'organo di indirizzo politico, di verificare l'efficace attuazione dello stesso e della sua idoneità, nonché di proporre eventuali modifiche, quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni o quando intervengono mutamenti dell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione; di verificare, con l'organo di vertice, la fattibilità della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell' Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) e l'espletamento dei compiti connessi a tale ruolo, l'Azienda ha individuato già dal 2021 i Direttori delle Aree preposte, così come indicato:

- Ing. Raffaele Iele Direttore UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio;
- D.ssa Nicoletta Mercuri UOC Provveditorato e Economato;
- Ing. Gianpaolo Catalano Responsabile Ingegneria Clinica.

I Dirigenti amministrativi, medici, sanitari e tecnici, invece, provvedono sotto il coordinamento del RPCT nell'attività di mappatura dei processi che consente la individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. Anche quest'anno il RPCT ha provveduto a girare alle varie UU.OO.CC del settore amministrativo e medico una nota ai fini della acquisizione della mappatura dei processi.

Esiti monitoraggio anno 2021

Anche quest'anno, sulla scorta delle note inviate dal precedente Responsabile, al fine di garantire continuità con il PTPCT 2021-2023, l'attuale RPCT ha attivato un sistema interno di verifica e controllo sull'attuazione delle misure contemplate nel precedente piano, in linea con il PNA2017 che batteva molto sul monitoraggio.

I Dirigenti sono tenuti a trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione un report indicante:

- il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati i tempi del procedimento e la percentuale rispetto al numero complessivo dei procedimenti e la motivazione;
- il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati gli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità previsti dal Piano della trasparenza;
- l'attestazione, eventuale, della attuazione di misure ulteriori proposte al fine di prevenire e contrastare i connessi fenomeni di corruzione.

Commissione internal audit sui provvedimenti amministrativi

Con la delibera n. 23 del 21.01.2021 è stata istituita la Commissione di Internal Audit sui provvedimenti amministrativi con lo scopo di effettuare la verifica di conformità delle Determine Dirigenziali alla regolamentazione interna, ai processi aziendali ed alla loro corretta implementazione, nonché il monitoraggio delle iniziative implementate affinché ne sia assicurata la coerenza con le preventive decisioni assunte e dunque con gli obiettivi pianificati.

Le suindicate verifiche documentali di compliance vengono effettuate periodicamente su base campionaria attraverso un processo che assicuri completezza di analisi istruttorie segregate, nel rispetto di ruoli e responsabilità, ed affidabilità delle informazioni quali presupposti per decisioni consapevoli; sostenibilità delle iniziative tecnicamente fattibili a salvaguardia del patrimonio

sociale e quindi della continuità aziendale; rispetto della normativa esterna ed interna a tutela di responsabilità aziendali e personali che inevitabilmente pregiudicherebbero il conseguimento degli obiettivi.

Le risultanze dei lavori della Commissione, debitamente verbalizzate, vengono poi partecipate singolarmente ai Direttori/Responsabili di U.O. interessata, al fine della condivisione dei correttivi da apportare nell'implementazione dei processi e nell'esecuzione delle attività di pertinenza, e potranno, altresì, costituire un valido strumento per la proposizione di modelli organizzativi sempre più in linea con la mission e la vision aziendali.

Le azioni messe in atto ed i risultati conseguiti dalla Commissione, compiutamente illustrati nella scheda predisposta dall'Ispettorato Generale di Amministrazione del Viminale nell'ambito del Progetto "Banca Dati Buone Pratiche", sono stati ritenuti particolarmente efficaci a favorire la continuità, l'efficienza e la sicurezza dei servizi forniti ai cittadini e l'attitudine alla loro replicazione in altri ambiti territoriali, tanto da meritare per l'A.O. "San Pio" la prestigiosa certificazione di "Buona Pratica nell'anno 2021", collocata al primo posto del ristrettissimo elenco di enti delle regioni del Mezzogiorno d'Italia.

Registro informatico delibere

Al fine di assicurare la completezza e regolarità delle istruttorie effettuate dai Direttori di UU.OO.CC. Firmatari di proposte deliberative, è stato, infine, istituito un registro informatico in cui vengono tracciate le proposte deliberative rimandate ai Servizi, con menzione della data e del motivo della restituzione, nonché il successivo reinoltro delle proposte regolarizzate secondo le indicazioni del Direttore Amministrativo.

L'OIV partecipa alle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle 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:

- verificano la coerenza tra gli obiettivi descritti nei documenti strategico-gestionali e quelli indicati nel PTPCT;
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001);
- attestano il rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/13.

L'Ufficio procedimenti disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55bis 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, comma3, l.n.20 del 1994; art.331c.p.p.);
- 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".

I dipendenti

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito o di personale conflitto di interessi e la mancata attuazione del piano delle misure in base a quanto previsto dai Regolamenti dell'ANAC n.n. 328 e 330 del 29 marzo 2017 e dalla 1 n. 179/17.

I collaboratori

- osservano per quanto compatibili, le misure contenute nel Ptpct e gli obblighi di condotta previsti dai Codici di comportamento;
- nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Regolamento n.330 del 29 marzo 2017 dell'ANAC, possono effettuare segnalazioni;
- nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Regolamento n.328 del 29 marzo 2017 dell'ANAC, possono effettuare segnalazioni.

II PTPCT 2022-2024

All'interno della cornice giuridica e metodologica posta dalla normativa di settore e dal PNA il presente Piano descrive la strategia di prevenzione e contrasto della corruzione elaborata dall'Azienda, confermando la suddivisione del presente piano in tre parti, la mappatura dei processi, con l'implementazione dei processi afferenti al presidio di S.Alfonso M.Liguori di S.Agata dei Goti.

La II parte c.d. sezione sulla Trasparenza, oltre a recare un paragrafo specifico sulla trasparenza nel settore sanitario, prendendo in considerazione il problema della pubblicazione dei criteri di formazione

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

delle listed'attesa, come previsto dall'art 41c.6 del D.lgs.n.33/13., si arricchisce di contenuti, dal momento che è stato introdotto un paragrafo che funge da coordinamento tra la disciplina della trasparenza e la nuova privacy, frutto delle modifiche apportate al Codice Privacy dal d.lgs.n.101/18, decreto di adeguamento del Codice al Regolamento Europeo, c.d.GDPR.

In quanto documento di natura programmatica, il P.T.P.C. deve coordinarsi con gli altri strumenti di programmazione dell'Ente, in primo luogo con il ciclo della performance, che dovrà prevedere tanto una sezione strategica concernete la tutela della prevenzione della corruzione quanto una sezione operativa incardinata in capo al RPC.

Nucleo ispettivo

Costituzione, con delibera n. 104 del 07.03.2022 del Nucleo Ispettivo Aziendale, deputato ad agire a supporto della Direzione Strategica e su specifico mandato delle Direzioni Sanitaria e Amministrativa, entro un range temporale predefinito e con i poteri di volta in volta conferitigli, presentando al termine dell'attività proposte articolate volte anche, se del caso, a dirimere controversie instaurate e/o instaurande ed a prevenirne di nuove, foriere di possibile pregiudizio per l'Azienda.

L'istituto Nucleo Ispettivo è stato già attivato dalla Direzione Strategica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni aggiuntive, che ha portato ad un dettagliato resoconto con individuazione degli attori aziendali deputati alla programmazione, controllo e validazione dei connessi procedimenti a garanzia della correttezza e congruità degli stessi, nonché per l'accertamento delle condizioni dei locali adibiti alla preparazione dei cibi per degenti e personale dipendente.

Si precisa che in base al d.lgs. n. 74/17, tutte le misure di prevenzione declinate nel PTPCT diventano "obiettivi operativi" in capo a ciascun Dirigente ai fini della valutazione come performance individuale ed organizzativa.

Il presente piano fa riferimento al triennio 2022-2024.

La gestione del rischio

Si è detto che il PTPCT può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'Ente.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Il processo di gestione del rischio definito nel presente piano recepisce le indicazioni metodologiche e le disposizioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2013, che sul punto non sono ancora state innovate dall'Autorità.

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

- 1) mappatura dei processi attuati dall'amministrazione, ovvero la ricerca e descrizione dei processi attuati all'interno dell'Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l'accezione ampia contemplata dalla normativa e dal P.N.A.
- 2) valutazione del rischio per ciascun processo, attività complessa suddivisa nei seguenti passaggi:
 - identificazione;
 - analisi attraverso la spiegazione del procedimento;
 - ponderazione del rischio.
- 3) trattamento del rischio ovvero il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto.

NB:

La griglia allegata e relativa alla mappatura conferma i processi relativi all'Azienda Ospedaliera "S.Pio" di Benevento e trovano altresì diretta applicazione nell'intera Azienda pluripresidiale (P.O. G. RUMMO e P.O. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI)

Nella specie, il rischio è stato calcolato secondo 5 catalogazioni di seguito riportate

| VALORE NUMERICO DEL LIVELLO DI RISCHIO | CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO CON RELATIVO COLORE ASSOCIATO |
|--|---|
| 0 | NULLO |
| INTERVALLO DA 1 A 4 | BASSO |
| INTERVALLO DA 5 A 9 | MEDIO |
| INTERVALLO DA 10 A 16 | ALTO |
| INTERVALLO DA 17 A 25 | ALTISSIMO (CRITICO) |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Le misure indicate costituiscono l'ossatura del piano e sono:

| MISURA DI CONTRASTO | CODICE IDENTIFICATIVO MISURA |
|---|------------------------------|
| Adempimenti relativi alla trasparenza | M01 |
| Codici di comportamento | M02 |
| Informatizzazione processi e monitoraggio | M03 |
| Conflitti di interesse 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. | M11 |

Tra le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza proposte dalla dott.ssa Annarita Della Camera vanno segnalate:

- il prosieguo di attività di monitoraggio su Registro informatico delle istanze di accesso;
- il divieto di pantouflage e quindi l'attivazione di un sistema di monitoraggio e verifica a cura del personale operante in settori a rischio, in particolare nelle gare d'appalto, di questa importante misura introdotta dalla l. n. 190/12 nell'ambito dell'art 53 c. 16 ter, d.lgs. n.165/'01 e suggerita dall'ANAC nel PNA 2018.

Adempimenti relativi alla trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal dlgs 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.566 del 18/10/2021 è stato nominato Responsabile della Trasparenza la dott.ssa Annarita Della Camera Dirigente Medico DMP con IPAS Medicina Legale.

Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n.1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla "trasparenza", 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.

Ogni Direttore di U.O.C. è altresì nominato responsabile delle pubblicazioni degli atti di propria competenza, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'Allegato 1 – par. C3- del PNA 2013 e nella Delibera n.1310/2016. Al tempo stesso ognuno è delegato all'accesso civico, per atti del proprio settore. Di seguito pertanto sono recati tutti i nominativi dei Responsabili della Trasparenza dell'intera Azienda pluripresidiale, che verranno altresì menzionati nella Sezione dedicata della Trasparenza Amministrativa e segnatamente:

| STRUTTURA | DIRIGENTI | EMAIL |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| U.O.C. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO | D.SSA IDA FERRARO | ida.ferraro@ao-rummo.it |
| U.O.C. RISORSE ECONOMICHE | D.SSA CARMELA ZITO | carmela.zito@ao-rummo.it |
| U.O.C. AFFARI GENERALI | DR. SANTANELLI GIUSEPPE | uocaaggll@ao-rummo.it |
| U.O.C. RISORSEUMANE | DR.SSA MARINA PINTO | marina.pinto@ao-rummo.it |
| U.O.C. PROVVEDITORATO ED ECONOMATO | D.SSA M. NICOLETTA MERCURI | nicoletta.mercuri@ao-rummo.it |
| U.O.C. TECNICA E PROGRAMMAZIONE CED | DR. ALBERTO DI STASIO | alberto.distasio@ao-rummo.it |
| IPASD FORMAZIONE | DR. FRANCESCO COCCA | francesco.cocca@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. PROGRAMMAZIONE PROGETTAZION E VALUTAZIONE STR. E GESTIONE DELLA PERFORMANCE | D.SSA FEDERICA D'AGOSTINO | federica.dagostino@ao-rummo.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA | ING. GIANPAOLO CATALANO | gianpaolo.catalano@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. MEDICINA DEL LAVORO | DR. ADAMO FRANCESCO | francesco.adamo@ao-rummo.it |
| U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA | DR. GUIDO QUICI | guido.quici@ao-rummo.it |
| U.O.C. MANUTENZIONE E GESTIONE DEL PATRIMONIO | ING. IELE RAFFAELE | raffaele.iele@ao-rummo.it |
| U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO | DR. PASQUALE DI GUIDA | pasquale.diguida@ao-rummo.it |
| U.O.C. FARMACIA | D.SSA ASSUNTA RACCA | assunta.racca@ao-rummo.it |
| U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE | DR. PRIZIO GUIDO | guido.prizio@ao-rummo.it |
| U.O.C. CHIRURGIA D'URGENZA | DR. BUONANNO MAURIZIO | maurizio.buonanno@ao- rummo.it mauriziobuonanno@virgilio.it |
| U.O.C. MEDICINA D'URGENZA E P.S. | D.SSA GIOVANNA GUIOTTO | giovanna.guiotto@ao-rummo.it |
| U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | DR. LUIGI MATERA | luigi.matera@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA DELLA MANO | | |
| U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA | DR. SCAGLIONE GIUSEPPE | giuseppe.scaglione@ao-rummo.it |
| U.O.C. MEDICINA INTERNA | DR. FRANCESCO MARCHESE | francesco.marchese@ao- rummo.it francesco.mar.ben@alice.it |
| U.O.C. MALATTIE INFETTIVE | DR. ANGELO SALOMONE MEGNA | angelo.salomonemegna@ao-rummo.it |
| U.O.C. DERMATOLOGIA | DR. CUSANO FRANCESCO | francesco.cusano@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. REUMATOLOGIA | D.SSA FERRUCCI MARIA GRAZIA | mariagrazia.ferrucci@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE | DR. FRANCO ZERELLA | franco.zerella@ao-rummo.it zerellaf@inwind.it |
| U.O.S.D- DAY HOSPITAL MEDICO | DR. DE VITA GIUSEPPE | giuseppe.devita@ao-rummo.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|---|---------------------------|--|
| U.O.C. OTORINO LARINGOIATRA | DR. DI MARIA DOMENICO | domenico.dimaria@ao-rummo.it |
| U.O.C. OCULISTICA F.F. | DR. GAETANO FERRANNINI | gaetano.ferrannini@ao-rummo.it |
| U.O.C. UROLOGIA | DR. LUIGI SALZANO | luigi.salzano@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. AUDIOLOGIA E FONOLOGIA | DR. LUIGI CALIFANO | luigi.califano@ao-rummo.it |
| U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA | F.F. DR. LEONARDO FERRARA | leonardo.ferrara@ao-rummo.it |
| U.O.C. NEONATOLOGIA CON TIN | DR. COCCA FRANCESCO | francesco.cocca@ao-rummo.it francesco1cocca@gmail.com |
| U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA DIAGNOSI PRENATALE | DR. ALFREDO NAZZARO | alfredo.nazzaro@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | DR. PIETRO PISANO | pietro.pisano@ao-rummo.it |
| U.O.C. CHIRURGIA GENERALE/ONCOLOGICA | DR. MARIO ANNECCHIARICO | mario.annecchiarico@ao-rummo.it |
| U.O.C. ONCOLO GIAMEDICA | DR. ANTONIO GRIMALDI | antonio.grimaldi@ao-rummo.it |
| U.O.C. RADIOTERAPIA | D.SSA TERESA PIRONTI | teresa.pironti@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. SENOLOGIA | DR LUCIANO PALLADINO | luciano.palladino@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE | DR. PALMIERI VINCENZO | vincenzo.palmieri@ao-rummo.it |
| U.O.C. NEUROLOGIA | DR. | |
| U.O.C. NEUROCHIRURGIA | DR. GIOVANNI PARBONETTI | giovanni.parbonetti@ao-rummo.it |
| U.O.C. NEURORIANIMAZIONE | DR. | |
| U.O.C. NEURORADIOLOGIA | FF. DR FRANCESCO SAVARESE | francesco.savarese@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA | DR. LUIGI DI LORENZO | luigi.dilorenzo@ao-rummo.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| U.O.C. CARDIOLOGIA UTIC EMODINAMICA INTERVENTISTICA | DR. MARINO SCHERILLO | marino.scherillo@gmail.com |
| U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE | DR. RAZZANO DAVIDE | razzanodavide@libero.it |
| U.O.C. PNEUMOLOGIA | DR. MARIO DEL DONNO | m.deldonno@ao-rummo.it |
| U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | DR. ALFONSO BENCIVENGA | alfonso.bencivenga@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. ECOGRAFIA CENTRALIZZATA DIAGNOSTICA E OPERATIVA | DR. | |
| U.O.C. PATOLOGIA CLINICA | DR. VINCENZO ROCCO | vincenzo.rocco@ao-rummo.it |
| U.O.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGIA | DR. PASQUALE GOGLIA | pasquale.goglia@ao-rummo.it |
| U.O.C. PEDIATRIA | DR. DELLA CASA ROBERTO | roberto.dellacasa@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA F.F. | FF. DR. NICOLA DELUCA | nicola.deluca@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. GENETICA MEDICA | F.F. DR. LONARDO FORTUNATO | fortunato.lonardo@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONE | DR. ROBERTO VALLONE | roberto.vallone@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. DIAGNOSTICA E CHIRURGIA LAPAROSCOPICA | | |
| U.O.S.D. NEFROLOGIA E DIALISI | F.F. DR. IELE EMILIO | emicon@alice.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Presidio Ospedaliero "S. Alfonso M. Liguori"

DIRETTORI U.O.C. di P.O. Sant'Alfonso Maria dei Liquori.

DIRETTORE SANITARIO P.O. Santa'Alfonso Maria dei Liquorie mail : pasquale.diguida@ao-rummo.it
tf.3495310752

CHIRURGIA GENERALE : f.f. Dr. Pierdomenico CECCARELLI
e mail : pierdomenico.ceccarelli@ao-rummo.ittf. 3358142199

MEDICINA GENERALE: Dr. Vincenzo Cioffi f.f.e mail: vincenzo.cioffi@ao-rummo.it
tf. 3355448962

CARDIOLOGIA:

ANESTESIA E RIANIMAZIONE: Dr. Guido Prizio
e mail: guido.prizio@ao-rummo.ittf. 0824 57603-605

PRONTO SOCCORSO: D.SSA GUIOTTO GIOVANNA
e mail: giovanna.guiotto@ao-rummo.ittf. #86010 0824 57678

| | |
|---------------------------|--|
| Normativa di riferimento: | D.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30,32, 33 e 34, L. n. 190/2012 Capo V della L. n. 241/1990 |
| Azioni da intraprendere: | 2022: Implementazione del Registro informatico per monitorare le istanze di accesso 2023: Svolgimento dei corsi di formazione in materia di trasparenza e privacy 2024: monitoraggio implementazione informatizzazione e misure |
| Soggetti responsabili: | RPCT , Dirigenti |
| Note: | Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano. Collegamento con il Piano triennale delle performances in fase di approvazione da parte dell'Azienda |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Codici di comportamento

Lo strumento dei codici di comportamento costituisce una misura di prevenzione molto importante al fine di orientare in senso legale ed eticamente corretto lo svolgimento dell'attività amministrativa. L'articolo 54 del D.lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della L. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare, civile, amministrativa e contabile.

L'azienda ospedaliera ha provveduto ad aggiornare il Codice di comportamento, coinvolgendo l'O.I.V. nell'adozione del parere obbligatorio richiesto per legge.

| | |
|----------------------------------|--|
| <p>Normativa di riferimento:</p> | <p>art. 54 del D.lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della L. 190/2012</p> <p>D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 <i>“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”</i></p> <p>PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015) PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016) PNA 2017 (Deliberazione n. 1208 /17)</p> <p>Tavolo di lavoro su <i>“Conflitto di interessi e Codici di comportamento”</i> con AGENAS e Ministero della salute volto ad esaminare il livello di</p> |
| <p>Azioni da intraprendere:</p> | <p>2022: verifica del rispetto del Codice di comportamento</p> <p>2023: introduzione di un questionario sulla qualità della prestazione medica in altre lingue in primis l'inglese</p> <p>2024: costituzione di un registro per monitorare i rapporti tra medici e informatori farmaceutici</p> |
| <p>Soggetti responsabili:</p> | <p>RPCT: Vigilanza su attuazione Codice di comportamento. Tutti i Dirigenti: Attuazione e vigilanza sui dipendenti.</p> |
| <p>Note:</p> | <p>misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano ed a tutti i dipendenti.</p> |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Informatizzazione dei processi e monitoraggio termini procedurali

Come evidenziato dallo stesso PNA l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità. **L'informatizzazione dei processi** è stata considerata, altresì, **obiettivo strategico** secondo le indicazioni dell'organo di indirizzo politico. Ad ogni modo, i Dirigenti relazioneranno al RPCT sull'attuazione della misura specificatamente in sede di Report annuale entro il 30 novembre:

- di aver effettuato il monitoraggio sui tempi procedurali per i procedimenti, d'ufficio e ad istanza di parte, di loro competenza; di aver/non aver rilevato anomalie procedurali uguali o superiore al 10% sul totale dei processi trattati;
- il motivo delle eventuali anomalie accertate;
- di aver rispettato nella evasione delle pratiche dell'ordine cronologico di protocollo della istanza da parte dei dipendenti e collaboratori addetti agli uffici da loro diretti.

| | |
|--------------------------|---|
| Azioni da intraprendere: | <p>2022: Obbligo per i Dirigenti di relazione al RPC entro il 30.06.2021 sullivello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori ed alla fattibilità e tempi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili.</p> <p>2023: implementazione dati relativi alle liste d' attesa (art 41 c. 6 d.lgs.n. 33/13)</p> <p>2024: Implementazione della misura</p> |
| Soggetti responsabili: | Tutti i Dirigenti inoltrano Report ogni 6 mesi.RPCT. |
| Note: | misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni

rese ai sensi dell'art.6 bis della legge 241/90

L'articolo 1, comma 9, lett. e) della legge n. 190/2012 e l' art 6 bis della l. n. 241/90 prevedono l'obbligo di monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, devono essere verificate le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'articolo 6 del D.P.R. n. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" nonché quelle in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza" secondo quanto previsto dal successivo articolo 7 del medesimo decreto.

In attuazione dell'articolo 1, comma 9, lett. e) della legge n. 190/2012, ed art. 6bis della legge 241/90 è inserita in ogni determina la seguente clausola di stile: *"il sottoscritto responsabile del procedimento dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 in relazione al citato procedimento e della Misura M03 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza"*.

E' fatto obbligo al responsabile del procedimento estensore del provvedimento di comunicare ogni eventuale modifica relativa al mutamento della situazione di conflitto di interesse anche se avvenuta al termine del procedimento.

| | |
|---------------------------|--|
| Normativa di riferimento: | art. 1, comma 9, lett. e), legge n. 190/2012 artt. 6 e 7 D.P.R. n. 62/2013 PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015), PNA 2016 (Deliberazione n.831/2016), PNA 2017, PNA 2019 |
| Azioni da intraprendere: | 2022: avvio di un monitoraggio sull' attuazione della misura tramite richiesta ai Direttori UU.OO.CC di una nota in cui danno contezza della verifica effettuata sui procedimenti del proprio settore in merito all' inserimento di una clausola di stile in tutte le determine. 2023: attività di monitoraggio nel settore appalti in rapporto all' art 42 del Codice Appalti 2024: implementazione della misura |
| Soggetti responsabili: | tutti i Dirigenti di settore e tutti i dipendenti. monitoraggio semestrale a campione del RPC |
| Note: | misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano. Particolare attenzione nelle aree generali di rischio secondo la declaratoria della Determinazione n. 12/2015 |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali vietati ai dipendenti

L'articolo 53, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001 prevede che "...con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2".

L'Azienda Sanitaria ha provveduto all'adozione di un Regolamento in materia nel corso del 2017.

| | |
|---------------------------|---|
| Normativa di riferimento: | art. 53, comma 3- <i>bis</i> , d.lgs n. 165/2001 art. 1, comma 58- <i>bis</i> , legge n. 662/1996 Piano Nazionale Anticorruzione |
| Azioni da intraprendere: | Occorre sensibilizzare i dipendenti ad ottenere autorizzazione degli incarichi, eliminando situazione di criticità attraverso adozione di regolamento interno. Collegamento con la Misura M02 |
| Soggetti responsabili: | Ciascun Dirigente. RPC: per le attività di verifica e monitoraggio |
| Termine: | <p>2022: implementazione dell'attività di monitoraggio e verifica delle situazioni esistenti dopo l'adozione del Regolamento a seguito della annessione del presidio di S. Alfonso M. Liguori di S. Agata dei Goti.</p> <p>2023: verifica del sistema di monitoraggio adottato ed eventuale sua implementazione</p> <p>2024: aggiornamento del Regolamento se richiesto dalla normativa Collegamento con le Misure M01, M02, M04 e M10</p> |
| Note: | E' data facoltà al RPC di effettuare controlli a campione lungo l'anno. |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Inconferibilità-incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice

I concetti di inconferibilità ed incompatibilità sono indicati nella disciplina speciale, intendendosi per "inconferibilità" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ovvero a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico; per "incompatibilità" si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

In ragione di ciò è fatto obbligo a tutti i dipendenti che ricevono un incarico di procedere alla immediata comunicazione al RPC il quale, verificata l'inadempienza, potrà attivare i poteri previsti dalla Determinazione Anac n. 831/2016.

Il RPC è chiamato ad un particolare monitoraggio sulle condizioni di legittimità che dovranno essere prontamente segnalate al Direttore Generale ed ad ANAC.

| | |
|---------------------------|--|
| Normativa di riferimento: | decreto legislativo n. 39/2013 – Determinazione n. 833 Anac / Regolamento ANAC n. 328/17 |
| Azioni da intraprendere: | Autocertificazione all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto citato. Dichiarazione annuale nel corso dell'incarico sulla insussistenza delle cause di incompatibilità. Il RPC cura l'acquisizione annuale delle autocertificazioni, garantendo la pubblicazione in Amministrazione Trasparente entro il mese di maggio. |
| Soggetti responsabili: | Tutti i Dirigenti |
| Termine: | 2022: verifica sul rispetto della misura mediante l'acquisizione delle dichiarazioni annuali di incompatibilità 2023: implementazione della misura 2024: aggiornamento della modulistica se richiesto dalla normativa |
| Note: | In caso di inadempimento è data facoltà al RPC di intervenire anche attraverso specifiche sanzioni, salvo intervento di Anac previsto nella Determinazione Anac n. 831 del 3 agosto 2016. |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici formazione di commissioni di aggiudicazione e ulteriori misure per i contratti pubblici

Ai sensi dell' art 35 bis del d.lgs. n. 165/'01, così come introdotto dall' art 1 c. 46 della L. n. 190/12, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I titolo II del Libro II codice penale:

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

Inoltre:

- il dipendente sia a tempo indeterminato che determinato è tenuto a comunicare al RPCT di essere sottoposto a procedimento penale o di prevenzione per reati inclusi nel libro II, Titolo II , capo I.
- In relazione alla formazione delle commissioni e alla nomina dei segretari, la violazione delle disposizioni sopraindicate si traduce nell' illegittimità dei provvedimenti conclusivi del relativo procedimento.

Tra le misure di prevenzione da intraprendere si prevede pertanto:

- l'acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'assenza di cause ostative da parte dei membri delle commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, per la scelta del contraente o per la concessione di sovvenzioni, contributi e sussidi;
- acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione circa l'assenza di cause ostative per le P.O. assegnate ad unità organizzative preposte alla gestione di risorse finanziarie, acquisizione di beni e servizi o alla concessione di sovvenzioni, contributi e sussidi;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

- comunicazione al RPCT della pronuncia nei propri confronti di sentenza anche non definitiva dicondanna o applicazione di patteggiamento per reati di cui al libro II, Titolo II capo I. c.p

| | |
|---------------------------|--|
| Normativa di riferimento: | art. 35- <i>bis</i> del d.lgs n.165/2001 Determinazione n. 12/2015 Deliberazione n. 831/2016 |
| Azioni da intraprendere: | <p>2022 implementazione dell'attività di un monitoraggio a cura del RPCT sul rispetto dell'obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dallanormativa citata per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - membri commissione e segretari di commissioni di concorso e di aggiudicazione; - titolari di uffici di direzione in aree a rischio comunicazioni al RPCT; <p>2023: ricorso a membri esterni per la nomina di commissari attingendo dall'albodell'ANAC</p> <p>2024: aggiornamento del sistema di monitoraggio sull' attuazione della misura</p> |
| Soggetti responsabili: | Tutti i componenti delle commissioni di gara .RPC: monitoraggio a campione con Report |
| Termine: | entro il 15.07 e 15.12 per la predisposizione dei Reports. |
| Note | misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano trattandosidi adempimento previsto per tutte le fasi di gara |

Whistleblowing

A seguito dell'entrata in vigore della **L. 29 dicembre 2017 n. 179** l'Azienda ha provveduto ad introdurre una procedura informatizzata con apposito link per le segnalazioni in esame in grado di garantirne la riservatezza.

Tra gli aspetti più salienti della novella si segnalano:

- un ampliamento della tutela al dipendente di un ente pubblico economico o di un ente privato sottoposto a controllo pubblico;
- il RPCT diventa unico destinatario della segnalazione
- è prevista la nullità per ogni atto discriminatorio posto in essere dall'amministrazione pubblica nei confronti del segnalante;
- previsione di sanzioni salatissime in capo a colui che ha adottato la misura (da 5.000 a 30.000)
- previsione di sanzioni salatissime in caso di mancato svolgimento da parte del RPCT di un'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute (da 10.000 a 50.000)
- inversione dell'onere della prova in capo all' Ente, tenuto a provare che la misura ritorsiva adottata nei confronti del segnalante esula da ragioni legate alla segnalazione.

Le tutele previste dalla legge per chi fa la segnalazione non sono offerte in caso di accertata responsabilità penale per calunnia o diffamazione

| | |
|---------------------------|---|
| Normativa di riferimento: | L. 29 dicembre 2017 n. 179, , PNA 2015, PNA 2016 |
| Azioni da intraprendere: | <p>2022 : verifica esito procedura informatizzata</p> <p>2023: implementazione della misura</p> <p>2024: Monitoraggio Collegamento con la Misura M02</p> |
| Soggetti responsabili: | Ciascun dipendente all'atto della conoscenza dei fatti illeciti.RPC nella fase di gestione della segnalazione |
| Note: | misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano e per tutte le fattispecie di procedure |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Patti di integrità

L'articolo 1 comma 17 della legge 190/2012 prevede che le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

I patti di integrità e i protocolli di legalità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

| | |
|---------------------------|--|
| Normativa di riferimento: | articolo 1, comma 17 della legge 190/2012 Prime e seconde Linee guida Ministero interno – Anac 15.07.2014 – 28.01.2015 |
| Azioni da intraprendere: | <p>2022: monitoraggio sulla misura adottata tramite richiesta al Direttore UU.OO.CC. di una reportistica in ordine al rispetto della misura nel settore appalti</p> <p>2023: implementazione della misura</p> <p>2024: Monitoraggio</p> |
| Soggetti responsabili: | RPC per la sua adozione e monitoraggio. Tutti i Dirigenti nella fase di attuazione. |
| Note | Misura specifica per le procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, con riferimento a tutti i livelli di rischio. Inserimento della clausola risolutiva espressa ai sensi dell'art. 1456 c.c. al ricorrere dell'applicazione di misura interdittiva personale per uno dei delitti contro la P.A. Estensione ai procedimenti di procurement e ricorso a centrali di committenza. |

La formazione

La legge n. 190/2012 prevede che il Responsabile per la prevenzione della corruzione definisca procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

La formazione in tema di anticorruzione prevede uno stretto collegamento tra il piano triennale di formazione e il P.T.P.C.

La formazione costituisce elemento basilare e ruolo strategico nella qualificazione e mantenimento delle competenze, considerata come misura essenziale tanto dal PNA 2015 quanto dalla Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016 (PNA 2016).

E' intenzione dell' Azienda continuare a puntare sulla formazione e per questo procederà nel corso del 2019 ad incrementare i corsi in materia di anticorruzione, appalti e privacy, soprattutto in virtù della riorganizzazione Aziendale dovuta all' accorpamento dell' ospedale di S. Agata dei Goti e, in considerazione del fatto che la materia dell' anticorruzione non va più pensata come una materia a se stante, ma l' evoluzione normativa degli ultimi anni ne ha comportato un intreccio indissolubile con altre materie. Di qui, l' importanza della formazione intesa ad ampio raggio.

| | |
|---------------------------|---|
| Normativa di riferimento: | articolo 1, commi 5 lett. b), 8, 10 lett. c, 11 della legge 190/2012 PNA 2015- art. 8 Cap. VII Sanità del PNA 2016 Deliberazione Corte Conti Emilia Romagna n. 276/2013- Corte Conti Friuli Venezia Giulia n. 106/2012). |
| Azioni da intraprendere: | 2021-2023 implementazione corsi in materia di anticorruzione, trasparenza, privacy ed appalti. In corso |
| Soggetti responsabili: | Tutti i dipendenti coinvolti. Il RPC, entro il 30 ottobre di ogni anno verifica l'efficacia della formazione anche ai fini della rotazione del personale, garantendosempre i livelli essenziali delle prestazioni. |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

Nel corso del 2021, anche in considerazione dell'emergenza pandemica non è stata effettuata alcuna rotazione del personale sia in ambito sanitario che in ambito PTA, poiché la rotazione avrebbe comportato una sottrazione di competenze, esperienze e professionalità.

L'Azienda ha ritenuto di assicurare la necessaria continuità nell'erogazione delle prestazioni.

Pur tuttavia sono stati nominati i Direttori di Dipartimento in ambito Sanitario; sono stati conferiti n.2 incarichi di U.O.C.; n. 1 incarico di UOSD e n. 1 incarico di UOS in ambito PTA. Inoltre sono stati inoltre banditi "incarichi per Strutture Semplici e Dipartimentali" oltreché i "Coordinamenti e gli Incarichi di Funzione".

| | |
|---------------------------|---|
| Normativa di riferimento: | articolo 1, commi 4 lett. e), 5 lett. b), 10 lett. b) della legge 190/2012 art. 16, comma 1, lett. l-quater, del D.lgs 165/2001 Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2015- Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2016- Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2019- |
| Azioni da intraprendere: | 2021: Inizio rotazione area medica 2022: Implementazione della misura per altre figure sanitarie 2023: Monitoraggio misura applicata |
| Soggetti responsabili: | Tutti i Dirigenti, Dipendenti con qualifica funzionale, appartenenti alle aree cliniche e tecnico amministrative |
| Termine: | Report annuale da parte del RPC sullo situazione esistente nell'Azienda. |
| Note: | misura specifica per il livello di rischio classificato dal presente Piano come "alto" |

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, preconstituire 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.

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 tenuti a restituire compensi eventualmente percepiti.

Per tali motivi:

- negli atti di gara sarà 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 d.lgs. 50/2016, recante il codice dei contratti pubblici;
- analogo obbligo dovrà essere previsto dai Dirigenti, con apposita clausola da inserire nei contratti stipulati;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

- infine, sarà previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Il presente piano si applica a tutti i dipendenti presenti nell'Ente al di là delle rispettive qualifiche.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione trasfuse nel presente P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti.

L'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012 dispone infatti che "La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare".

Con particolare riferimento ai Dirigenti, a detta responsabilità disciplinare si aggiunge quella Dirigenziale che può comportare la revoca dell'incarico dirigenziale, la segnalazione alla Corte dei Conti ed all'Autorità giudiziaria.

Sezione trasparenza

L'Azienda Ospedaliera "S.Pio" di Benevento ha previsto una implementazione della c.d. sezione Trasparenza, sia alla luce delle novità introdotte dal D.lgs. n. 33/13 di riforma del D.lgs. n. 33/13 sia all' esito delle Delibere gemelle n. 1309 e 1310 del 28 dicembre 2016 adottate dall' ANAC. In particolare, la riforma della normativa sulla trasparenza operata con il D.lgs. n. 97/2016, che ha modificato parte del D.lgs. n. 33/2013 e della L. 190/2012, mira ad introdurre in Italia un vero e proprio Freedom of Information Act (FOIA), in analogia con quanto fatto nei Paesi del Nord Europa ed anglosassoni, richiedendo un profondo ripensamento delle modalità operative e mettendo la trasparenza dell'operato della pubblica amministrazione al centro della propria attività.

L'elemento più rilevante della riforma, tale da indurre le amministrazioni a modificare organizzazione e comportamenti, consiste nel c.d. ampliamento per quanto concerne i casi di ricorso all'accesso civico, che diviene diritto di ogni cittadino di pretendere la pubblicazione nei siti istituzionali degli atti e delle informazioni da rendere obbligatoriamente pubblici e ottenere gratuitamente dati, informazioni e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria detenuti dalla pubblica amministrazione. Sull' accesso civico, l'Azienda, in linea con la "Linee Guida n. 1309/16 ha deciso di istituire "un registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso), al fine di monitorare tale aspetto e proseguire l'attività avviata con l' adozione del Regolamento che fa il punto proprio sulle 3 distinte tipologie di accesso, già attivato .

Ambito oggettivo di applicazione (art. 2) - Mediante la sostituzione dell'art. 2, comma 1, viene ridefinito ed ampliato l'ambito oggettivo del D.lgs. n. 33/2013, non più limitato alla sola individuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza delle P.A., ma volto ad assicurare la libertà di accesso (cd. Accesso civico), da parte di chiunque ai dati e documenti detenuti dalle P.A., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tramite l'accesso civico e tramite la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle P.A.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Con l'introduzione dell'art. 2-bis, la disciplina del D.lgs. n. 33/2013 applicabile alle P.A. ex D.lgs. n. 165/2001 si applica anche, "in quanto compatibile" alle società in controllo pubblico fatte salve le società quotate.

Dati pubblici aperti (art. 4bis) - Si demanda all'AGID, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, la gestione del sito internet denominato "Soldi pubblici", che consente l'accesso ai dati dei pagamenti delle P.A. e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta e alle amministrazioni che l'hanno effettuata, nonché all'ambito temporale di riferimento.

Il nuovo accesso civico (art. 5) - Si prevede una nuova forma di accesso civico, da parte di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, in relazione a tutti i dati e documenti detenuti dalle P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi giuridicamente rilevanti. Il rilascio dei documenti richiesti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dalla P.A. per la riproduzione dei supporti materiali. Viene inoltre dettata una disciplina puntuale per tutelare eventuali controinteressati.

Accesso alle informazioni pubblicate sui siti (art. 9 bis) - Mediante l'introduzione dell'art. 9-bis, D.lgs. n. 33/2013, viene previsto che le PP.AA. titolari delle banche dati di cui all'Allegato B, i cui contenuti abbiano ad oggetto informazioni, dati e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, debbano rendere pubbliche - entro un anno dall'entrata in vigore della norma - le predette banche dati, in modo tale che i soggetti tenuti all'osservanza delle disposizioni in materia di pubblicità e trasparenza possano assolvere ai relativi obblighi attraverso l'indicazione sul proprio sito istituzionale (sezione "Amministrazione trasparente"), del collegamento ipertestuale alle stesse banche dati, ferma restando la possibilità di mantenere la pubblicazione sul proprio sito.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 10) - Si prevede la soppressione 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 del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ("PTPC"), i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12) - Si amplia 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 l'organizzazione delle P.A. (art. 13) - Si sopprime l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi alle risorse assegnate a ciascun ufficio.

Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (art. 14) Si estende si l'obbligo delle P.A. di pubblicazione dei dati relativi ai titolari di incarichi politici, anche se non di carattere elettivo, ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, compresi quelli relativi ai titolari di posizioni organizzative a cui sono affidate deleghe per lo svolgimento di funzioni dirigenziali, mentre per gli altri titolari di posizioni organizzative si prevede la pubblicazione del solo curriculum vitae. E' prevista la pubblicazione, da parte dell'Azienda sul proprio sito istituzionale, dell' ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica da ciascun dirigente; inoltre,

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

negli atti di conferimento degli incarichi dirigenziali e nei relativi contratti devono essere riportati gli obiettivi di trasparenza sia in modo aggregato che analitico, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini (con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e costo del personale), e che, il mancato raggiungimento dei suddetti obiettivi, oltre ad essere tenuto in considerazione ai fini del conferimento di successivi incarichi determina responsabilità dirigenziale ai sensi dell' art 21 del D.lgs. n. 165/'01.

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".

Sono dunque espunti dalla norma tutti i riferimenti agli obblighi di pubblicazione relativi ai titolari di incarichi dirigenziali, la cui disciplina viene assorbita nell'ambito dell'art. 14 D.lgs. n. 33/2013.

Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale (art. 20) - Si prevede l'obbligo per le P.A. di pubblicare i criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio e i dati relativi alla sua distribuzione, in forma aggregata.

Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi (art. 23) -

Si semplifica la disciplina di cui all'art. 23 del D.lgs. n. 33/2013, mediante la soppressione degli obblighi di pubblicazione relativi ai provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione e concessione e dei concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. Relativamente ai provvedimenti finali relativi ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici ex D.lgs. n. 50/2016 o ad accordi stipulati tra P.A., è inoltre abrogato l'obbligo di pubblicazione - mediante scheda sintetica - dei dati relativi al contenuto, all'oggetto, all'eventuale spesa prevista e agli estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento.

Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art. 37) per cui è stato sancito l'obbligo per le P.A. e le stazioni appaltanti di pubblicare:

- i dati di cui all'art. 1, comma 32 della L. 190/2012. Tale obbligo può intendersi assolto mediante l'invio di tali dati alla banca dati delle P.A. ex art. 2 del D.lgs. n. 229/2011, relativamente alla parte "lavori";
- gli atti e le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del D.lgs. n. 50/2016.

La norma non contiene un'indicazione puntuale di atti ma rinvia genericamente agli "atti" del nuovo Codice, imponendo alle stazioni appaltanti un'attività complessa di enucleazione delle diverse tipologie di atti da pubblicare, con possibili difformità di comportamento.

Trasparenza del servizio sanitario nazionale (art 41) - Gli Enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari, sono tenuti all'

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Pubblicano i dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per lavoro, bene o servizio e ne consentono la consultazione in forma aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito territoriale di riferimento, ai beneficiari. Pubblicano, altresì, le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di Direttore Generale, sanitario, amministrativo, nonché gli incarichi di responsabili di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi bandi e avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure e gli atti di conferimento. A dire il vero, una delle modifiche più incisive per la sanità introdotte dal D.lgs. 97/2016 riguarda, anche ai fini anticorruptivi, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia. L'art.33 DLgs 97/2016 intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute all'art.41, co.6, DLgs 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste. Al fine di evitare il rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale sono previsti i seguenti adempimenti:

- informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base regionale o almeno provinciale, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi;
- utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo).

Un ulteriore rischio può essere legato al fenomeno del drop out, ovvero al caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato. Al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale, saranno utilizzati diversi strumenti gestionali quali, ad esempio, recall, SMS, reminder, pre-appuntamento, per verificare la reale consistenza delle liste di attesa. A tale scopo, può essere efficace prevedere a livello aziendale l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, disciplinando i casi in cui sia possibile giustificare la mancata disdetta per impedimenti oggettivi e documentati. Va evidenziato che le suddette misure, poiché presuppongono il pieno rispetto degli obblighi di legge vigenti in tema di liste di attesa, sono da considerarsi esemplificative delle possibili strategie ulteriori che le regioni e le aziende sanitarie possono porre in essere per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, anche in termini di miglioramento dei piani adottati in conformità al Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, di cui all'art. 1, co. 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Responsabile per la trasparenza (art. 43) - In conseguenza della soppressione dell'obbligo di redazione del PTTI, viene modificato anche l'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013, che individua i compiti del responsabile per la trasparenza. Si estende inoltre ai dirigenti o ai funzionari titolari di P.O. con deleghe dirigenziali responsabili il compito di controllare 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 pubblicazione e accesso civico (art. 46) - Costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, causa di responsabilità per danno all'immagine della P.A. nonché elemento di valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento.

Accessorio, oltre all'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, anche il rifiuto, l'indifferimento o la limitazione dell'accesso civico.

Sanzioni per violazioni degli obblighi di trasparenza per casi specifici (art. 47) - La sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro è irrogata dall'ANAC e si applica anche nei confronti:

- del dirigente che non comunichi gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica e del responsabile della mancata pubblicazione di tale dato;
- del responsabile della mancata pubblicazione dei dati relativi ai pagamenti della P.A. ai sensi del nuovo art. 4-bis D.lgs. 33/2013.

I Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, informazioni e dati

I soggetti che sono responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati sono:

- Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- I Direttori di UU.OO.CC. e/o altri produttori di dati, documenti,

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

informazioni;

- Ufficio CED.

Ciascun Direttore è tenuto per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile della pubblicazione ufficio CED nei tempi e modalità richieste dalle vigenti disposizioni, i dati, i documenti e le informazioni da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Sulla pubblicazione dei dati il RTTI opererà una verifica a controllo a campione semestrale, al fine di consentire una più agevole disamina della situazione all'interno dell'Ente.

Ciascun Dirigente curerà, inoltre, l'aggiornamento di quanto già pubblicato, secondo la propria esclusiva responsabilità.

Di seguito si riportano i nomi dei Direttori delle UU. OO. CC, con indicazione di recapiti telefonici, mail, pec:

| STRUTTURA | DIRIGENTI | EMAIL |
|--|----------------------------|--------------------------|
| U.O.C. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO | D.SSA IDA FERRARO | ida.ferraro@ao-rummo.it |
| U.O.C. RISORSE ECONOMICHE | D.SSA CARMELA ZITO | carmela.zito@ao-rummo.it |
| U.O.C. AFFARI GENERALI | DR. SANTANELLI GIUSEPPE | uocaaggll@ao-rummo.it |
| U.O.C. RISORSE UMANE | DR.SSA MARINA | marina.pinto@ao-rummo.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| | PINTO | |
| U.O.C. PROVVEDITORATO ED ECONOMATO | D.SSA M. NICOLETTA MERCURI | nicoletta.mercuri@ao-rummo.it |
| U.O.C. TECNICA E PROGRAMMAZIONE CED | DR. ALBERTO DI STASIO | alberto.distasio@ao-rummo.it |
| IPASD FORMAZIONE | DR. FRANCESCO COCCA | francesco.cocca@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. PROGRAMMAZIONE PROGETTAZION E VALUTAZIONE STR. E GESTIONE DELLA PERFORMANCE | D.SSA FEDERICA D'AGOSTINO | federica.dagostino@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA | ING. GIANPAOLO CATALANO | gianpaolo.catalano@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. MEDICINA DEL LAVORO | DR. ADAMO FRANCESCO | francesco.adamo@ao-rummo.it |
| U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA | DR. GUIDO QUICI | guido.quici@ao-rummo.it |
| U.O.C. MANUTENZIONE E GESTIONE DEL PATRIMONIO | ING. IELE RAFFAELE | raffaele.iele@ao-rummo.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|---|------------------------------|---|
| U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO | DR. PASQUALE DI GUIDA | pasquale.diguida@ao-rummo.it |
| U.O.C. FARMACIA | D.SSA ASSUNTA RACCA | assunta.racca@ao-rummo.it |
| U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE | DR. PRIZIO GUIDO | guido.prizio@ao-rummo.it |
| U.O.C. CHIRURGIA D'URGENZA | DR. BUONANNO MAURIZIO | maurizio.buonanno@ao-rummo.it mauriziobuonanno@virgilio.it |
| U.O.C. MEDICINA D'URGENZA E P.S. | D.SSA GIOVANNA GUIOTTO | giovanna.guiotto@ao-rummo.it |
| U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | DR. LUIGI MATERA | luigi.matera@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA DELLA MANO | | |
| U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA | DR. SCAGLIONE GIUSEPPE | giuseppe.scaglione@ao-rummo.it |
| U.O.C. MEDICINA INTERNA | DR. FRANCESCO MARCHESE | francesco.marchese@ao-rummo.it francesco.mar.ben@alice.it |
| U.O.C. MALATTIE INFETTIVE | DR. ANGELO SALOMONE MEGNA | angelo.salomonemegna@ao- rummo.it |
| U.O.C. DERMATOLOGIA | DR. CUSANO | francesco.cusano@ao-rummo.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| | FRANCESCO | |
| U.O.S.D. REUMATOLOGIA | D.SSA FERRUCCI MARIA GRAZIA | mariagrazia.ferrucci@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE | DR. FRANCO ZERELLA | franco.zerella@ao-rummo.it zerellaf@inwind.it |
| U.O.S.D- DAY HOSPITAL MEDICO | DR. DE VITA GIUSEPPE | giuseppe.devita@ao-rummo.it |
| U.O.C. OTORINO LARINGOIATRA | DR. DI MARIA DOMENICO | domenico.dimaria@ao-rummo.it |
| U.O.C. OCULISTICA F.F. | DR. GAETANO FERRANNINI | gaetano.ferrannini@ao-rummo.it |
| U.O.C. UROLOGIA | DR. LUIGI SALZANO | luigi.salzano@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. AUDIOLOGIA E FONOLOGIA | DR. LUIGI CALIFANO | luigi.califano@ao-rummo.it |
| U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA | F.F. DR. LEONARDO FERRARA | leonardo.ferrara@ao-rummo.it |
| U.O.C. NEONATOLOGIA CON TIN | DR. COCCA FRANCESCO | francesco.cocca@ao- rummo.itfrancesco1cocca@gmail.com |
| U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA DIAGNOSI PRENATALE | DR. ALFREDO NAZZARO | alfredo.nazzaro@ao-rummo.it |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| U.O.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | DR. PIETRO PISANO | pietro.pisano@ao-rummo.it |
| U.O.C. CHIRURGIA GENERALE/ONCOLOGICA | DR. MARIO ANNECCHIARICO | mario.annecchiarico@ao-rummo.it |
| U.O.C. ONCOLO GIAMEDICA | DR. ANTONIO GRIMALDI | antonio.grimaldi@ao-rummo.it |
| U.O.C. RADIOTERAPIA | D.SSA TERESA PIRONTI | teresa.pironti@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. SENOLOGIA | DR LUCIANO PALLADINO | luciano.palladino@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE | DR. PALMIERI VINCENZO | vincenzo.palmieri@ao-rummo.it |
| U.O.C. NEUROLOGIA | DR. | |
| U.O.C. NEUROCHIRURGIA | DR. GIOVANNI PARBONETTI | giovanni.parbonetti@ao-rummo.it |
| U.O.C. NEURORIANIMAZIONE | DR. | |
| U.O.C. NEURORADIOLOGIA | FF. DR FRANCESCO SAVARESE | francesco.savarese@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA | DR. LUIGI DI LORENZO | luigi.dilorenzo@ao-rummo.it |
| U.O.C. CARDIOLOGIA UTIC EMODINAMICA | DR. MARINO SCHERILLO | marino.scherillo@gmail.com |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| INTERVENTISTICA | | |
| U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE | DR. RAZZANO DAVIDE | razzanodavide@libero.it |
| U.O.C. PNEUMOLOGIA | DR. MARIO DEL DONNO | m.deldonno@ao-rummo.it |
| U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | DR. ALFONSO BENCIVENGA | alfonso.bencivenga@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. ECOGRAFIA CENTRALIZZATA DIAGNOSTICA E OPERATIVA | DR. | |
| U.O.C. PATOLOGIA CLINICA | DR. VINCENZO ROCCO | vincenzo.rocco@ao-rummo.it |
| U.O.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGIA | DR. PASQUALE GOGLIA | pasquale.goglia@ao-rummo.it |
| U.O.C. PEDIATRIA | DR. DELLA CASA ROBERTO | roberto.dellacasa@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA F.F. | FF. DR. NICOLA DELUCA | nicola.deluca@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. GENETICA MEDICA | F.F. DR. LONARDO FORTUNATO | fortunato.lonardo@ao-rummo.it |
| U.O.S.D. IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONE | DR. ROBERTO VALLONE | roberto.vallone@ao-rummo.it |

| | | |
|--|----------------------|-----------------|
| U.O.S.D. DIAGNOSTICA E CHIRURGIA LAPAROSCOPICA | | |
| U.O.S.D. NEFROLOGIA E DIALISI | F.F. DR. IELE EMILIO | emicon@alice.it |

Presidio Ospedaliero "S. Alfonso M. Liguori"

DIRETTORI U.O.C. di P.O. Sant'Alfonso Maria dei Liguori.

DIRETTORE SANITARIO P.O. Santa'Alfonso Maria dei Liguorie mail :
pasquale.diguida@ao-rummo.it
tf.3495310752

CHIRURGIA GENERALE : f.f. Dr. Pierdomenico CECCARELLI
e mail : pierdomenico.ceccarelli@ao-rummo.it tf. 3358142199

MEDICINA GENERALE: Dr. Vincenzo Cioffi f.f.e mail: vincenzo.cioffi@ao-rummo.it
tf. 3355448962

CARDIOLOGIA:

ANESTESIA E RIANIMAZIONE: Dr. Guido Prizio
e mail: guido.prizio@ao-rummo.it tf. 0824 57603-605

PRONTO SOCCORSO: D.SSA GUIOTTO GIOVANNA
e mail: giovanna.guiotto@ao-rummo.it tf. #86010 0824 57678

**Misure Organizzative per garantire la regolarità dei flussi informativi – il
successivo monitoraggio e la vigilanza sugli obblighi di pubblicità**

Al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi tutti i dati, le informazioni e i documenti da pubblicare sul sito istituzionale vengono trasmessi al soggetto responsabile della pubblicazione in formato elettronico tramite la rete interna o la posta elettronica.

La pubblicazione avviene solitamente entro 5 giorni lavorativi.

Spetta al Responsabile della trasparenza, il compito di verificare l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la qualità dei dati pubblicati. In caso di inottemperanza, il Responsabile inoltra una segnalazione all'organo di indirizzo politico, al Nucleo di valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), e nei casi più gravi all'ufficio di disciplina (art. 43, cc. 1 e S, d.lgs. n. 33/2013).

Misure per garantire la 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.

NB:

- 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;
- sarà, altresì, cura del RPCT procedere all'aggiornamento della modulistica allegata al Regolamento sull'accesso civico, al fine di garantire il rispetto del Reg. UE 2016/679 e il d.lgs. n. 101/18 di adeguamento al regolamento comunitario e riscrittura del Codice privacy.

Regole procedurali di responsabilizzazione

La sezione sulla trasparenza destinata a confluire nel PTPCT in sostituzione del Programma sulla trasparenza è innanzitutto uno strumento rivolto ai cittadini e alle imprese con cui le amministrazioni rendono noti gli impegni in materia di trasparenza.

Alla sua corretta attuazione concorrono, oltre al RPCT, tutti gli uffici dell'Azienda, dirigenti e i titolari di P.O, in base alla loro esclusiva ed autonoma competenza gestionale. Per tali motivi, il PTPCT sarà messo a disposizione di tutti gli uffici in formato elettronico e pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg.UE2016/679)

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». 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. Pertanto, occorre che le pubbliche amministrazioni e gli enti, 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». 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.

Entrata in vigore del PTPCT 2022-2024

Il piano entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente sia nella sotto sezione "altri contenuti – corruzione" sia in disposizioni generali.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

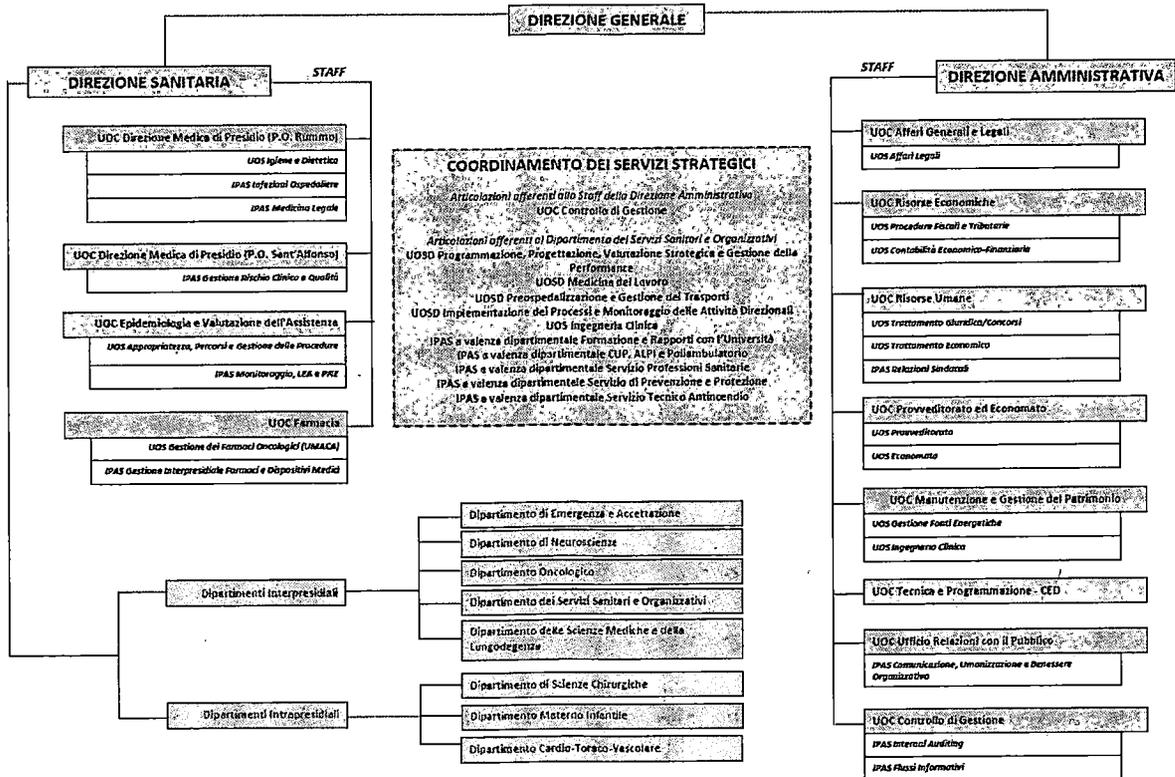
Di seguito si riporta l'organigramma aziendale così come previsto dall'Atto Aziendale attualmente vigente per l'AO SAN PIO di Benevento (Delibera Aziendale n. 493 del 3/08/20218) e approvato dalla Regione Campania. L'Azienda ha inoltre emanato la Delibera n. 553 del 11/10/2021 "Atto Aziendale ai sensi del DCA 41/2019 – recepimento della nota regionale prot. 2021 – 376740 del 16/07/2021 – Linee di indirizzo per adozione Atto Aziendale", con cui ha definito il nuovo Atto Aziendale, in attesa di approvazione dagli organismi regionali. Nel dettaglio l'Azienda è costituita da due Presidi Ospedalieri (PO Rummo di Benevento e PO S. Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata dei Goti) e da 8 Dipartimenti:

- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione;
- Dipartimento di Neuroscienze;
- Dipartimento Oncologico;
- Dipartimento delle scienze mediche e lungodegenza;
- Dipartimento dei servizi sanitari e organizzativi

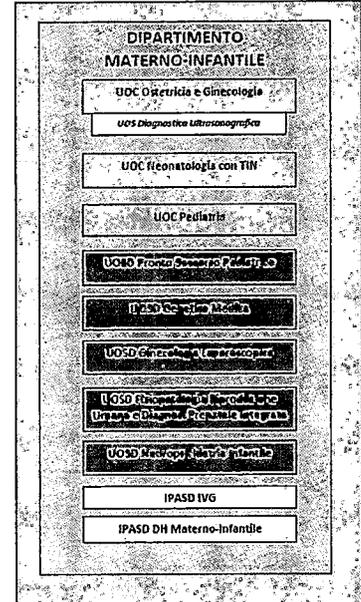
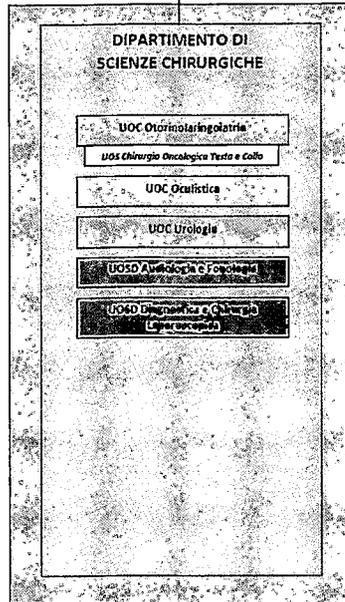
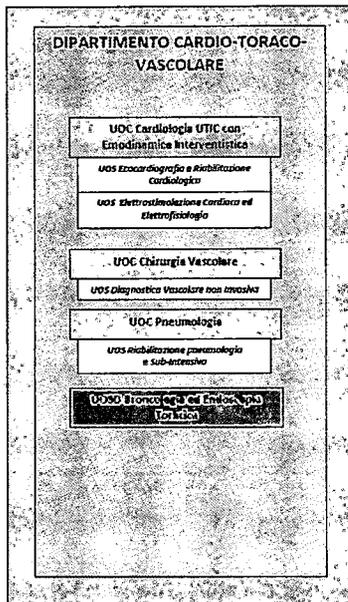
Al fine di ottimizzare il coordinamento e l'organizzazione delle attività, a seconda dei casi i dipartimenti sono organizzati in ottica intra-presidiale (Unità Operative situate in un unico presidio) o inter-presidiale (unità Operative situate sui due differenti presidi).

Organigramma

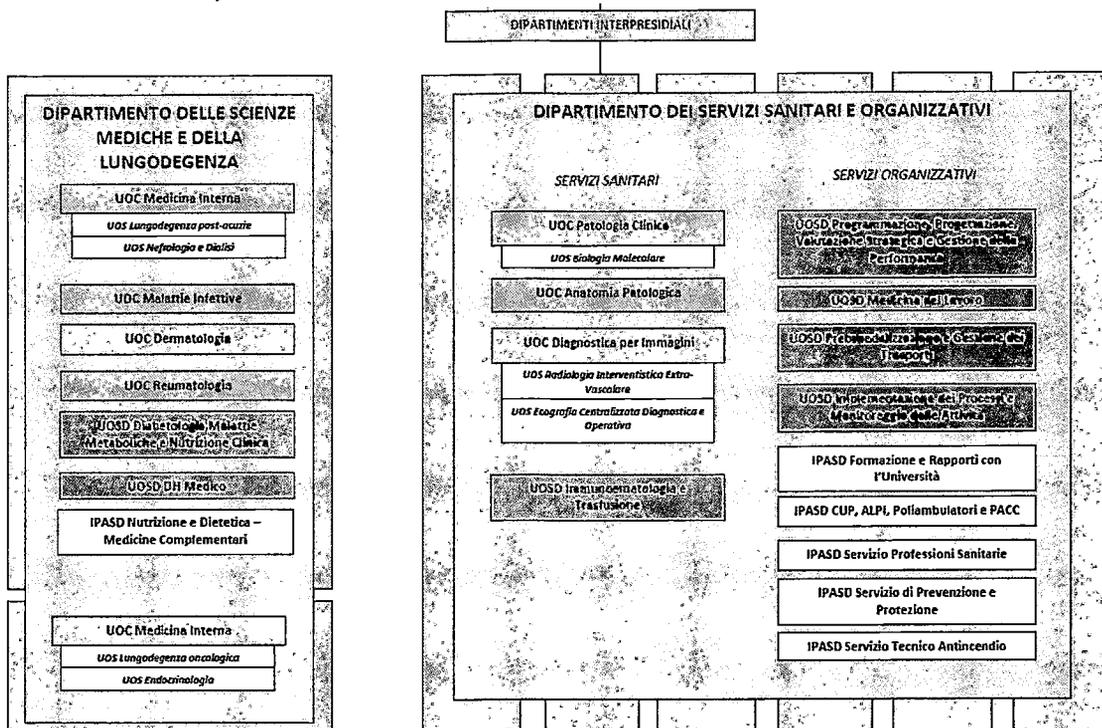
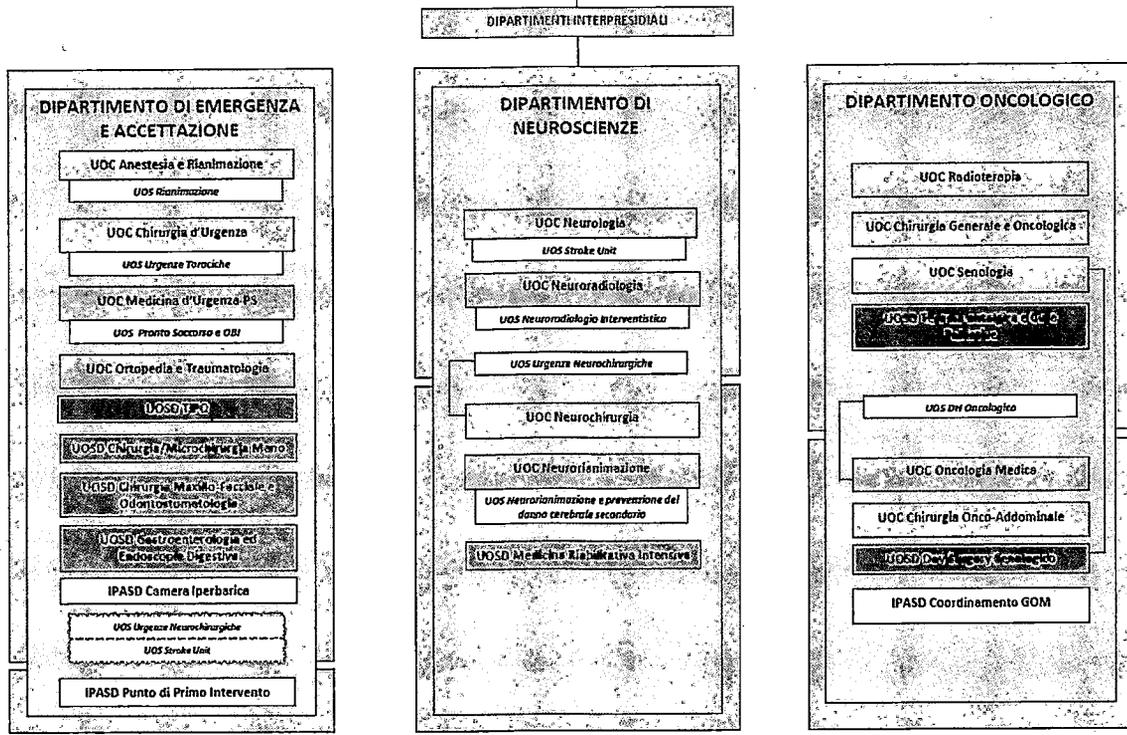
L'organigramma riporta i diversi livelli di responsabilità con il dettaglio di Unità Operativa Complessa (UOC), Unità Operativa Semplice (UOS), Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) e incarichi professionali di alta specialità (IPAS). Sono presenti inoltre alcune strutture che fanno parte del Coordinamento dei Servizi Strategici.



DIPARTIMENTI INTRAPRESIDIALI



(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)



(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Livelli di responsabilità organizzativa

Con delibera n. 223 del 20/04/2021, L'AORN San Pio ha provveduto all'esito degli incontri intercorsi con le O.SS e, nelle more dell'approvazione dell'Atto Aziendale da parte della Regione Campania e della sottoscrizione della Contrattazione Collettiva Integrativa Aziendale ai sensi del CCNL 2016-2018 comparto Sanità, ad istituire gli incarichi di funzione e successivamente a selezionare, tra il proprio personale dipendente, figure che assolvano a compiti organizzativi e di coordinamento, ovvero svolgano mansioni di particolare responsabilità o complessità e che siano di riferimento per i lavoratori del 1° Comparto Sanità all'interno di ciascuna Unità Operativa

Allegato 1

| INCARICHI DI FUNZIONE DI COORDINAMENTO - RUOLO SANITARIO | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|------------------------------|--------|
| STRUTTURA | Coordinamento Infermieristico | Coordinamento Tecnico Sanitario | Coordinamento Ostetrico | Coordinamento Riabilitazione | FASCIA |
| 1 UOC Anestesia e Rianimazione | 1 | | | | A |
| 2 UOC Chirurgia d'Urgenza | 1 | | | | A |
| 3 UOC Medicina D'Urgenza-PS (1) | 1 | | | | A |
| 4 UOC Medicina D'Urgenza-PS (2) | 1 | | | | A |
| 5 UOC Ortopedia e Traumatologia | 1 | | | | A |
| 6 UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva | 1 | | | | B |
| 7 UOC Neurologia | 1 | | | | B |
| 8 UOC Neurochirurgia | 1 | | | | A |
| 9 UOC Neuroanestesia | 1 | | | | A |
| 10 UOSD Medicina Riabilitativa Intensiva | | | | 1 | C |
| 11 UOC Radioterapia | | 1 | | | C |
| 12 UOC Chirurgia Generale e Oncologica | 1 | | | | A |
| 13 UOC Oncologia Medica | 1 | | | | B |
| 14 UOC Cardiologia UTIC con Emodinamica Interventistica | 1 | | | | A |
| 15 UOC Pneumologia | 1 | | | | A |
| 16 UOC Otorinolaringoiatria | 1 | | | | B |
| 17 UOC Oculistica | 1 | | | | B |
| 18 UOC Urologia | 1 | | | | B |
| 19 UOC Ostetricia e Ginecologia | | | 1 | | A |
| 20 UOC Neonatologia con TIN | 1 | | | | A |
| 21 UOC Pediatria | 1 | | | | A |
| 22 UOC Medicina Interna | 1 | | | | B |
| 23 UOC Malattie infettive | 1 | | | | B |
| 24 UOC Emodialisi-Nefrologia | 1 | | | | B |
| 25 UOSD DH Medico | 1 | | | | C |
| 26 UOC Patologia Clinica | | 1 | | | C |
| 27 UOC Anatomia Patologica | | 1 | | | C |
| 28 UOC Diagnostica per Immagini | | 1 | | | C |
| 29 UOC Medicina del Lavoro | 1 | | | | C |
| 30 UOSD SIT | | 1 | | | C |
| 31 Attività Chirurgiche d'Emergenza | 1 | | | | A |
| 32 Attività Chirurgiche di Elezione | 1 | | | | A |
| 33 Direzione Medica di Presidio | 1 | | | | C |
| 34 Prestazioni Ambulatoriali (Senologia-Terapia Antalgica-Odontostomatologia-Dermatologia) | 1 | | | | B |
| 35 Gestione Sala Operatorio | 1 | | | | A |
| S. AGATA DE' GOTI | | | | | |
| 36 UOC Medicina Interna | 1 | | | | B |

| INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE - RUOLO SANITARIO | | | |
|---|---|-----------------|--------|
| | DIPARTIMENTO | RUOLO SANITARIO | FASCIA |
| 1 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE | 1 | A |
| 2 | DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE | 1 | A |
| 3 | DIPARTIMENTO ONCOLOGICO | 1 | A |
| 4 | DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE | 1 | B |
| 5 | DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE | 1 | B |
| 6 | DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE | 1 | B |
| 7 | DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE E DELLA LUNGODEGENZA | 1 | C |
| 8 | DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI ED ORGANIZZATIVI | 1 | C |

| INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE - RUOLO AMMINISTRATIVO-TECNICO-PROFESSIONALE | | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------|---------------|--------|
| | STRUTTURA | RUOLO AMMINISTRATIVO | RUOLO TECNICO | FASCIA |
| 1 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI | 1 | | UNICA |
| 2 | UOC RISORSE ECONOMICHE | 1 | | UNICA |
| 3 | UOC RISORSE UMANE | 1 | | UNICA |
| 4 | UOC PROVVEDITORATO ED ECONOMATO | 1 | | UNICA |
| 5 | UOC MANUTENZIONE E GESTIONE DEL | | 1 | UNICA |
| 6 | UOC TECNICA E PROGRAMMAZIONE | | 1 | UNICA |
| 7 | UOC UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO | 1 | | UNICA |

Ampiezza media delle unità organizzative

Di seguito si riporta la dotazione media delle unità organizzative aziendali, in base al tipo di attività:

| Ampiezza media unità organizzative | | | |
|------------------------------------|--------------|------------------------|-------------|
| SETTORE | N. Unità | N. Unità Organizzative | N. medio |
| AMMINISTRATIVO | 114 | 11 | 10,4 |
| REPARTO OSPEDALIERO | 715 | 33 | 21,7 |
| SUPPORTO SANITARIO | 457 | 40 | 11,4 |
| TOTALE | 1.286 | 84 | 15,3 |

- Settore amministrativo: comprende tutti gli uffici amministrativi quali ad esempio Risorse Economiche, Risorse Umane, URP, ecc;
- Reparto Ospedaliero: comprende tutte le Unità Operative dotate di posti letto quali ad esempio Ortopedia, Chirurgia Generale, Medicina Interna, ecc.
- Supporto Sanitario: comprende tutti i servizi di supporto quali diagnostica per immagini, farmacia, patologia clinica, ecc;

Occorre considerare che il numero di unità è comprensivo anche di tempi determinati e personale in part-time.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il presente documento intende fornire delle linee di indirizzo per favorire la transizione dal tipo di lavoro agile avvenuto nella fase emergenziale a quella ordinaria, tenuto conto in ogni caso che le novità normative in materia hanno disciplinato come ordinaria la modalità di lavoro in presenza. In tal senso si farà riferimento allo "Schema di Linee Guida in materia di

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 1, comma 6, del Decreto del Ministero per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori nelle pubbliche amministrazioni". Nel documento infatti si cercano di delineare le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa c.d. agile, avendo riguardo al diritto alla disconnessione, al diritto alla formazione specifica, al diritto alla protezione dei dati personali, alle relazioni sindacali, al regime dei permessi e delle assenze e alla compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsione contrattuale.

L'approccio che l'Azienda ha deciso di adottare per l'implementazione del lavoro agile è quello di un'applicazione progressiva e graduale, con un programma di sviluppo triennale.

Per la piena realizzazione delle modalità di lavoro agile, occorre instaurare collaborazione tra l'amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione. Tale collaborazione si basa sui seguenti principi:

Flessibilità dei modelli organizzativi;

Autonomia nell'organizzazione del lavoro;

Responsabilizzazione sui risultati

Benessere del lavoratore

Utilità per l'amministrazione

Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile

Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti

Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive

Equilibrio in una logica win-win: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Viste le caratteristiche particolari di questa Amministrazione, Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione, quanto riportato nel prosieguo del documento si applica, laddove possibile, ai dipendenti dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico.

Livello di attuazione e sviluppo

A seguito delle novità normative citate nel precedente paragrafo, è stata emanata da parte dell'Azienda una nuova circolare prot. n. 463 del 11/01/2022 *"Misure urgenti per il contenimento e la gestione dell'emergenza covid 19, mediante lo smart working"*, con la quale si sono ribadite le precedenti disposizioni aziendali e in particolare si ricordava a tutti i dirigenti che:

- le richieste di lavoro agile/smart working per l'anno 2022 devono essere nuovamente riproposte e adeguatamente motivate;
- il Direttore della struttura cui afferisce il richiedente deve operare attenta valutazione sulle prestazioni lavorative fornite in forma agile, motivandone la scelta a monitorando l'attività svolta;
- il Direttore della UOC CED deve dare il proprio assenso, riscontrando la compatibilità dell'hardware e del software posseduti dai dipendenti per l'accesso da remoto in sicurezza ai sistemi aziendali;
- il Direttore della UOC Risorse Umane ha il compito di provvedere alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working e di procedere al monitoraggio.

Al fine di non pregiudicare il livello e la qualità del servizio in caso di svolgimento di lavoro agile, in fase di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2022 a tutte le Unità Operative di tipo amministrativo è stato assegnato uno specifico obiettivo per il raggiungimento di un determinato standard di efficienza.

Di seguito si riportano le Unità Operative che nel 2020 e 2021 hanno visto propri dipendenti far uso dello smart working, il numero di giornate utilizzate e la relativa quantificazione oraria:

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| Dipendenti fruitori di smart working | | |
|--|-----------|-----------|
| | 2020 | 2021 |
| Unità Operativa | N. unità | N. unità |
| Direzione Generale | 1 | 1 |
| UOC Affari Generali e Legali | 4 | 4 |
| UOC CED | 5 | 4 |
| UOC Epidemiologia e Valutaz. dell'assistenza | 1 | 1 |
| UOC Preospedalizzazione | 1 | 1 |
| UOC Proveditorato ed Economato | 6 | 3 |
| UOC Risorse Economiche | 8 | 3 |
| UOC Risorse Umane | 17 | 16 |
| UOC Ufficio Tecnico | 3 | 1 |
| UOC URP | 1 | 1 |
| TOTALE | 47 | 30 |

Considerando il numero complessivo di personale afferente ad Unità Operative che svolgono attività che possono essere svolte in modalità agile e/o smart working, si rileva che nel 2020 circa il 40% di essi ha usufruito di tale possibilità mentre nel 2021 la percentuale è scesa al 24%.

La tabella seguente mostra invece le ore erogate in modalità di smart working per ciascuna unità operativa:

| N. ore in smart working | | |
|--|---------------|--------------|
| | 2020 | 2021 |
| Unità Operativa | N. ore | N. ore |
| Direzione Generale | 166 | 166 |
| UOC Affari Generali e Legali | 829 | 829 |
| UOC CED | 1.971 | 1.976 |
| UOC Epidemiologia e Valutaz. dell'assistenza | 1.107 | 622 |
| UOC Preospedalizzazione | 809 | 1.035 |
| UOC Proveditorato ed Economato | 1.238 | 930 |
| UOC Risorse Economiche | 2.145 | 118 |
| UOC Risorse Umane | 4.320 | 2.308 |
| UOC Ufficio Tecnico | 242 | 18 |
| UOC URP | 448 | 538 |
| TOTALE | 13.275 | 7.547 |

Sono state erogate in modalità di smart working 13.275 ore nel 2020 e 7.547 ore nel 2021 pari a circa rispettivamente il 6% ed il 3 % del monte ore complessivo lavorabile da parte del personale impegnato in attività che è possibile svolgere in modalità agile e/o smart working.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| N. giornate in smart working | | |
|--|--------------|--------------|
| | 2020 | 2021 |
| Unità Operativa | N. giornate | N. giornate |
| Direzione Generale | 23 | |
| UOC Affari Generali | 103 | |
| UOC CED | 262 | 237 |
| UOC Epidemiologia e Valutaz. dell'assistenza | 158 | 88 |
| UOC Preospedalizzazione | 151 | 186 |
| UOC Prowedtorato ed Economato | 187 | 137 |
| UOC Risorse Economiche | 285 | 16 |
| UOC Risorse Umane | 608 | 379 |
| UOC Ufficio Tecnico | 34 | 3 |
| UOC URP | 62 | 67 |
| TOTALE | 1.873 | 1.113 |

Il numero di giornate erogate in modalità smart working è pari a 1.873 nel 2020 e 1.113 nel 2021.

La modalità di lavoro agile e/o smart working è stata concessa a tutti i dipendenti impegnati in attività che possono essere svolte in tale modalità e che lo abbiano richiesto.

Misure organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori

1. Al fine di rendere operativo il rientro in presenza dei lavoratori, l'Ente provvede a:
 - a. organizzare le attività dei propri uffici prevedendo il rientro in presenza di tutto il personale, assicurando il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19. La prevalenza del lavoro in presenza può essere infatti raggiunta nella media della programmazione plurimensile.
 - b. individuare fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita ulteriori rispetto a quelle già adottate, anche in deroga alle modalità previste dai contratti collettivi e nel rispetto del sistema di partecipazione sindacale. Ciò allo scopo di evitare che il personale che accede alla sede di servizio si concentri nella stessa fascia oraria.

A riguardo si specifica che l'AORN SAN PIO ha già previsto la flessibilità oraria in entrata e in uscita, infatti per il personale di comparto la fascia di ingresso è prevista nell'intervallo orario 07.50 - 08.30. Al fine di evitare possibili concentrazioni di personale all'ingresso, si specifica che tale intervallo si intende qui suddiviso in ulteriori 3 diverse fasce:

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

07:50 – 08:05;

08:05 – 08:20;

08:20 – 08:30

Fermo restando lo svolgimento da parte del dipendente dell'intero orario di servizio, sarà cura del Direttore della struttura di appartenenza del dipendente garantire l'equa distribuzione di accesso tra le varie fasce onde evitare possibili assembramenti.

2. Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile e tenuto conto che il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:
 - a. lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi in favore degli utenti;
 - b. l'Azienda deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;
 - c. l'Azienda mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
 - d. l'Azienda deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
 - e. l'Azienda, di norma, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta. In alternativa possono essere utilizzate dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza previsti dall'Ente.
 - f. l'Azienda assicura il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;

- g. l'Azienda prevede ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza.
3. l'attuazione delle misure sopra riportate avviene attraverso le disposizioni della Direzione strategica con il supporto delle figure dirigenziali aziendali;
4. per l'attuazione delle misure sopra indicate si fa riferimento alle specifiche linee guida in materia di lavoro agile per cui è stata raggiunta l'intesa in Conferenza Unificata in data 16/12/2021.

Misure organizzative per l'attuazione del lavoro agile

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori, con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

Le attività che possono essere effettuate in lavoro agile vengono individuate dall'Azienda e sono qui identificate nel prosieguo del documento.

Dal punto di vista organizzativo le modalità attuative per poter mettere in pratica modalità di lavoro agile e/o smart working, sono state disposte dall'Azienda con nota prot. n. 7944 del 13/03/2020 e rimarcate con nota prot. n. 463 del 11/01/2022 a seguito delle novità normative introdotte. In particolare l'Azienda ha disposto che:

le richieste di lavoro agile/smart working devono essere presentate secondo la modulistica definita a livello aziendale e adeguatamente motivate. Condizione necessaria per poter presentare la richiesta è l'utilizzo di strumenti informatici (hardware e software) adeguati allo svolgimento dell'attività lavorativa a casa;

il Direttore della struttura a cui afferisce il richiedente deve operare una attenta valutazione sulle prestazioni lavorative in forma agile, motivare la scelta autorizzativa e monitorare/verificare l'attività svolta in smart working;

il Direttore della UOC CED deve dare il proprio assenso, riscontrando la compatibilità dell'hardware e dei software utilizzati dal dipendente per l'accesso da remoto in sicurezza con il pc aziendale e le applicazioni in esso installate;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

al Direttore della UOC Risorse Umane è demandato il compito di provvedere alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working e di procedere al monitoraggio informandone la Direzione Strategica.

Da tali disposizioni si evince come la possibilità di usufruire del lavoro agile/smart working presuppone due condizioni fondamentali:

0. il dipendente deve essere dotato degli strumenti informatici necessari per poter svolgere le proprie funzioni anche da remoto, senza pregiudicare il regolare svolgimento della propria attività lavorativa;
1. il Direttore a cui afferisce il dipendente che richiede il lavoro agile/smart working, ha la responsabilità di verificare che i compiti svolti dal proprio dipendente siano compatibili con la modalità di lavoro richiesta e di monitorare l'attività del proprio collaboratore.

Nel caso in cui le attività di una determinata struttura presuppongano necessariamente la presenza fisica del personale in ufficio, si invitano i Direttori delle strutture interessate a favorire forme di rotazione a giorni alterni dei dipendenti, qualora questi richiedano di usufruire di modalità di lavoro agile/smart working.

Svolgimento della prestazione

1. I dipendenti che intendono richiedere l'accesso al lavoro agile dovranno presentare apposita domanda al Direttore della struttura di appartenenza, che la valuterà sulla base delle specifiche esigenze aziendali e del personale;
2. Prima di procedere con l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, occorre fornire al dipendente idonea dotazione tecnologica.
3. Il Direttore della UOC CED deve fornire il proprio assenso, riscontrando la compatibilità dei dispositivi e della rete utilizzata con i sistemi di sicurezza presenti in azienda.
4. La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dal CCNL;
5. Al momento di inizio dell'attività lavorativa, il dipendente è tenuto alla timbratura elettronica da remoto del proprio badge. Ciò al fine di verificare l'orario di servizio prestato.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

6. Al fine di garantire una efficace ed efficiente interazione e un completo svolgimento dell'attività lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile dovrà garantire il collegamento telefonico e via mail nella fascia oraria lavorativa prescelta. Durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza.
7. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o rallentato, il dipendente deve dare immediata comunicazione al proprio dirigente. Questo, nel caso in cui le problematiche rilevate non assicurino la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza.
8. Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede in tempo utile per la ripresa del servizio e comunque almeno il giorno prima.
9. L'attività di lavoro agile sarà monitorata dal Direttore della struttura di appartenenza, secondo le modalità che ritiene più opportune (ad es. mail con comunicazione dell'avvenuta attività, report di monitoraggio, verifica sugli applicativi aziendali, ecc.);
10. Devono essere individuati periodi temporali in cui il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa, che comprendono la fascia di inoperabilità (diritto alla disconnessione). Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo (di cui all'art.17, comma 6, CCNL 12/02/20218 e alle analoghe disposizioni degli altri CCNL vigenti).
11. Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione e autorizzazione del Direttore della struttura di appartenenza.
12. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

Condizioni tecnologiche

1. L'Azienda deve, di norma, fornire il lavoratore di idonea dotazione tecnologica;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

2. Per le attività da remoto devono essere utilizzate le postazioni di lavoro fornite dall'amministrazione, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui accedere. In alternativa è possibile utilizzare dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza previsti dall'Ente.
3. L'accesso alle applicazioni digitali dell'amministrazione raggiungibili via internet deve avvenire attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (es. CIE, SPID), in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato. In alternativa è possibile utilizzare una VPN aziendale (che garantisce privacy, anonimato e sicurezza), a seguito di apposita autorizzazione, con credenziali rilasciate dalla UOC CED, in modo da consentire l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari allo svolgimento della prestazione lavorativa.

Gli Obiettivi all'interno dell'Azienda

La messa a regime delle nuove modalità di lavoro agile è partita nel corso del 2020, proseguita gradualmente nel 2021 e continuerà nei prossimi anni, sulla base della programmazione aziendale. È stato sviluppato un apposito sistema di indicatori, sulla base di quanto proposto dalle Linee Guida nazionali, al fine di misurare lo stato di avanzamento, lungo tre diverse fasi: avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato.

Nell'arco del triennio 2021-2023, l'amministrazione si è posta l'obiettivo di giungere ad una fase di sviluppo avanzato in cui devono essere monitorate tutte le dimensioni indicate.

A consuntivo, dopo ogni fase, l'amministrazione verifica il livello raggiunto. I risultati misurati, di seguito indicati per l'anno 2021, rappresentano il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

Gli indicatori di efficacia ed efficienza sono misurati dai sistemi di controllo di gestione. Laddove i sistemi non siano ancora a un livello di maturità da consentire tali rilevazioni, è compito del dirigente responsabile della struttura in cui opera il dipendente che ha usufruito del lavoro agile, reperire le informazioni resi disponibili dai diversi sistemi informativi in uso per la gestione delle attività lavorative, al fine di monitorare e verificare le attività svolte dal dipendente e comunicare i valori, comprese quelle in lavoro agile. Il dirigente o funzionario responsabile deve, inoltre, verificare la qualità del lavoro realizzato.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Si riporta di seguito il sistema di indicatori avviato nel corso del 2021 con i relativi risultati misurabili, così come previsto dalle *“Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance (Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall’articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77)*. Poiché per il 2020 non si aveva a disposizione una baseline di riferimento, i valori rilevati per l’anno 2021 forniscono indicazioni per i target da raggiungere negli anni successivi.

Le X nelle caselle indicano l’anno a partire dal quale inizierà il monitoraggio dell’indicatore.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| DIMENSIONI | OBIETTIVI | | INDICATORI | FASE DI AVVIO | FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO | FASE DI SVILUPPO AVANZATO | FONTE | |
|--|--|--|---|---------------|-----------------------------|---------------------------|--|--|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| | SALUTE ORGANIZZATIVA | | | | | | | |
| CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE | Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile | 1 | Presenza di un Coordinamento organizzativo del lavoro agile | SI | | | Note della Direzione Strategica | |
| | | 2 | Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile | SI | | | Note della Direzione Strategica | |
| | | 3 | Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile | FULL TIME | | | UOC CED | |
| | | 4 | Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e/o per progetti/processi | SI | | | Delibera Aziendale Piano Triennale della Performance 2021-2024 | |
| | | SALUTE PROFESSIONALE | | | | | | |
| | Verifica dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari | 5 | -% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno | 0% | | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 6 | -% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale | 100% | | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 7 | -% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno | 0% | | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 8 | -% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi | 100% | | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 9 | -% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno | 0% | | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| 10 | | -% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione | 100% | | | | Rilevazione da parte delle singole UOC | |

| DIMENSIONI | OBIETTIVI | INDICATORI | FASE DI AVVIO | FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO | FASE DI SVILUPPO AVANZATO | FONTE | |
|--|---|--------------------------|--|-----------------------------|---------------------------|-------|--|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE | SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA | | | | | | |
| | Verifica delle spese sostenute per potenziare il lavoro agile in Azienda | 11 | € Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile | 0 | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 12 | € Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile | 0 | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 13 | € Investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi | 0 | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | SALUTE DIGITALE | | | | | | |
| | Garantire l'espletamento del lavoro agile tramite l'utilizzo degli strumenti informativi aziendali | 14 | N. PC per lavoro agile | 0 | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 15 | % lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati | 100% | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 16 | Sistema VPN | SI | | | UOC CED |
| | | 17 | Intranet | SI | | | UOC CED |
| | | 18 | Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud) | SI | | | Sistemi informativi aziendali |
| | | 19 | % Applicativi consultabili in lavoro agile | 100% | | | Sistemi informativi aziendali |
| | | 20 | % Banche dati consultabili in lavoro agile | 100% | | | Sistemi informativi aziendali |
| | | 21 | % Firma digitale tra i lavoratori agili | | X | | |
| 22 | | % Processi digitalizzati | | | X | | |
| 23 | % Servizi digitalizzati | | | X | | | |
| NOTE | Nel 2021, anche a causa delle limitazioni imposte dall'emergenza COVID19 non sono stati organizzati corsi di formazione in merito al "lavoro agile". L'implementazione del lavoro agile in Azienda è avvenuta ad iso-risorse dal punto di vista infrastrutturale e di hardware, in quanto per il collegamento si è utilizzata la VPN aziendale già attiva e ciascun lavoratore ha utilizzato i propri pc personali. Vi è stato invece un impegno orario significativo per il personale del CED che, pur attivando un help desk dedicato, ha configurato ogni singolo PC e verificato i requisiti di sicurezza della rete e degli strumenti per ogni singolo lavoratore. | | | | | | |



PIAO

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Pagina 86 di 99

| DIMENSIONI | OBIETTIVI | | INDICATORI | FASE DI AVVIO | FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO | FASE DI SVILUPPO AVANZATO | FONTE | |
|------------------------------|--|------|---|---------------|-----------------------------|--|------------------------------|--|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| | INDICATORI QUANTITATIVI | | | | | | | |
| IMPLEMENTAZIONE LAVORO AGILE | Misurare il livello di utilizzo del lavoro agile | 24 | % lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali | 24% | | | Sistema rilevazione presenze | |
| | | 25 | % Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali | 3,6% | | | Sistema rilevazione presenze | |
| | INDICATORI QUALITATIVI | | | | | | | |
| | Misurare il livello di soddisfazione del personale coinvolto | 26 | Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età | | | | | |
| | | 26.a | -% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori | | 100% | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 26.b | -% dipendenti in lavoro agile soddisfatti | | 100% | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 26.c | -% donne soddisfatte | | 100% | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 26.d | -% uomini soddisfatti | | 100% | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| | | 26.e | -% dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti; | | 100% | | | Rilevazione da parte delle singole UOC |
| 26.f | % dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc. | | 100% | | | Rilevazione da parte delle singole UOC | | |
| NOTE | | | | | | | | |

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

Consistenza del personale

Di seguito si riporta il numero complessivo di unità di personale al 31.12.2021, comprensivo anche di personale a tempo determinato.

| Profilo professionale | N. Unità |
|-------------------------------------|-----------------|
| Assistente religioso | 1 |
| Assistente tecnico | 9 |
| Ausiliario | 20 |
| Biologo | 15 |
| Collaboratore tecnico | 2 |
| Dirigente amministrativo | 10 |
| Dirigente Medico | 284 |
| Dirigente professionale | 6 |
| Dirigente tecnico | 1 |
| Farmacista | 8 |
| Fisico | 2 |
| Operatore socio-sanitario | 97 |
| Operatore tecnico | 17 |
| Operatore tecnico specializzato | 5 |
| Personale della riabilitazione | 21 |
| Personale di vigilanza ed ispezione | 1 |
| Personale infermieristico | 625 |
| Personale tecnico sanitario | 80 |
| Programmatore | 6 |
| Psicologo | 1 |
| Comparto Amministrativo | 75 |
| Totale complessivo | 1.286 |

Piano Triennale di fabbisogno del personale

Con delibere n. 121 del 16/03/2022 e successiva delibera di rettifica n. 131 del 17/03/2021, l'AORN San Pio ha adottato in via provvisoria il **PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE 2021/2023**, trasmesso in data 21/03/2022 in Regione Campania per la approvazione. Qui di seguito viene illustrata la metodologia utilizzata ai fini del fabbisogno di personale per il triennio 2021/2023

A partire da quanto previsto dalla DGRC593/2020 "Metodologia di determinazione del fabbisogno di personale del SSR", è stato definito il nuovo fabbisogno triennale tenendo conto:

- delle caratteristiche organizzative e strutturali dell'AO SAN PIO, costituito dal PO Rummo di Benevento e dal PO S.Alfonso Maria dei Liguori di S.Agata dei Goti;

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

- della volontà di potenziare determinate discipline al fine di contenere i fenomeni di mobilità passiva intra ed extra regione;
- di una possibile riorganizzazione dei reparti e della loro gestione, in un'ottica di razionalizzazione e efficientamento delle risorse.

La determinazione del fabbisogno è avvenuta considerando in maniera distinta e separata i due Presidi Ospedalieri (PO Rummo e PO S. Agata dei Goti), sia in considerazione della distanza che insiste tra i due presidi (ca. 40 km con tempi di percorrenza di almeno 60 min) e sia in considerazione del distinto ruolo ricoperto nella rete ospedaliera regionale (rispettivamente DEA di II livello e Pronto Soccorso di base).

Si è proceduto alla determinazione del fabbisogno secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo, per cui è stata definita una dotazione standard sulla base dei posti letto previsti dalla programmazione regionale (aggiornata sulla base dei posti letto per la rete COVID - DRGC 378/2020) con la definizione di un intervallo di risorse minimo e massimo.

Al fine di garantire il massimo livello di servizio e di assistenza ai pazienti e nell'ottica di un potenziamento delle attività, l'Azienda definisce la propria dotazione standard secondo i parametri definiti dalle linee guida regionali considerando i posti letto previsti dal DCA 41/2019 (*"Rimodulazione DCA n.103/2018 relativamente alla AORN "San Pio" e al Presidio Ospedaliero S'Alfonso Maria dei Liguori"*) e dalla DGRC 378/2020 (*"Piano Potenziamento Rete Covid"*) nel massimo consentito dalla metodologia e cioè in **1.880 unità**

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| AO SAN PIO | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| RUOLO | Figura Professionale | Personale al 31.12.2020 | Standard Min PL DCA 41/19 | Standard Max PL DCA 41/19 | Standard Min PL HSP | Standard Max PL HSP | Standard Min PL Post Covid | Standard Max PL Post Covid |
| RUOLO SANITARIO | Personale dirigente sanitario medico | 274 | 379 | 537 | 379 | 537 | 379 | 537 |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Biologi) | | | | | | | |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Chimici) | | | | | | | |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Fisici) | 17 | 27 | 39 | 27 | 39 | 27 | 39 |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Psicologi) | | | | | | | |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Professioni Sanitarie) | | | | | | | |
| | Farmacisti | 7 | 10 | 17 | 10 | 17 | 10 | 17 |
| | Infermieri | 591 | 501 | 649 | 435 | 587 | 511 | 661 |
| | Personale tecnico sanitario | 85 | 76 | 98 | 67 | 88 | 77 | 100 |
| | Personale tecnico della riabilitazione | 21 | 26 | 33 | 23 | 30 | 26 | 34 |
| | Personale ostetrico | 18 | 12 | 24 | 12 | 24 | 12 | 24 |
| Tutto il personale sanitario | 1.013 | 1.031 | 1.397 | 853 | 1.300 | 1.042 | 1.412 | |
| RUOLO TECNICO | Personale di supporto all'assistenza (OSS) | 99 | 180 | 221 | 158 | 198 | 183 | 223 |
| | Altro personale del ruolo tecnico (dirigenti) | 2 | 10 | 13 | 9 | 13 | 10 | 13 |
| | Altro personale del ruolo tecnico (comparto) | 51 | 52 | 70 | 48 | 66 | 52 | 71 |
| | Tutto il personale tecnico | 152 | 242 | 304 | 215 | 277 | 245 | 307 |
| RUOLO PROFESSIONALE | Dirigenti | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | Comparto | 1 | 4 | 5 | 3 | 6 | 4 | 5 |
| | Tutto il personale professionale | 4 | 6 | 7 | 5 | 8 | 6 | 7 |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | Dirigenti | 7 | 18 | 24 | 16 | 22 | 18 | 24 |
| | Comparto | 72 | 94 | 129 | 87 | 120 | 98 | 130 |
| | Tutto il personale amministrativo | 79 | 112 | 153 | 103 | 142 | 114 | 154 |
| TOTALE | | 1.248 | 1.391 | 1.861 | 1.276 | 1.727 | 1.407 | 1.880 |

Poiché il piano riguarda le annualità 2021-2023, considerando le unità in servizio al 31.12.2020 (comprehensive di personale a tempo indeterminato e determinato) pari a 1.248, a partire da esse è stato possibile definire il fabbisogno minimo e massimo per i due Presidi Ospedalieri rispetto alla dotazione standard. Si rileva quindi che il **fabbisogno massimo per l'AORN SAN PIO per il triennio 2021-2023 è determinato in 646 unità.**

| AO SAN PIO | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| RUOLO | Figura Professionale | Personale al 31.12.2020 | Fabbisogno min - PL DCA 41/19 | Fabbisogno Max - PL DCA 41/19 | Fabbisogno min - PL HSP | Fabbisogno Max - PL HSP | Fabbisogno min - PL Post Covid | Fabbisogno Max - PL Post Covid |
| RUOLO SANITARIO | Personale dirigente sanitario medico | 274 | 146 | 285 | 146 | 285 | 146 | 285 |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Biologi) | | | | | | | |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Chimici) | | | | | | | |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Fisici) | 17 | 10 | 22 | 10 | 22 | 10 | 22 |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Psicologi) | | | | | | | |
| | Personale dirigente sanitario non medico (Professioni Sanitarie) | | | | | | | |
| | Farmacisti | 7 | 9 | 16 | 9 | 16 | 9 | 16 |
| | Infermieri | 591 | 37 | 74 | 47 | 72 | 37 | 88 |
| | Personale tecnico sanitario | 85 | 5 | 13 | 7 | 10 | 5 | 15 |
| | Personale tecnico della riabilitazione | 21 | 5 | 12 | 5 | 9 | 5 | 13 |
| | Personale ostetrico | 18 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| Tutto il personale sanitario | 1.013 | 212 | 428 | 224 | 420 | 212 | 443 | |
| RUOLO TECNICO | Personale di supporto all'assistenza (OSS) | 99 | 114 | 127 | 92 | 104 | 115 | 127 |
| | Altro personale del ruolo tecnico (dirigenti) | 2 | 2 | 6 | 2 | 5 | 2 | 6 |
| | Altro personale del ruolo tecnico (comparto) | 51 | 7 | 24 | 2 | 21 | 7 | 25 |
| | Tutto il personale tecnico | 152 | 123 | 157 | 96 | 130 | 124 | 158 |
| RUOLO PROFESSIONALE | Dirigenti | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| | Comparto | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 |
| | Tutto il personale professionale | 4 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | Dirigenti | 7 | 6 | 8 | 6 | 8 | 6 | 8 |
| | Comparto | 72 | 28 | 34 | 30 | 38 | 30 | 34 |
| | Tutto il personale amministrativo | 79 | 34 | 42 | 36 | 46 | 36 | 42 |
| TOTALE | | 1.248 | 371 | 630 | 357 | 600 | 374 | 646 |

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Tale valore rappresenta il fabbisogno ideale, ma è necessario verificare se il costo previsto per le nuove unità rientri nel limite di spesa complessivo consentito dalla normativa vigente.

La spesa per il personale, al netto dei rinnovi contrattuali, non può superare il tetto di spesa, rimodulato con Delibera di Giunta Regionale della Regione Campania n. 74 del 22/02/2022, pari così complessivamente al costo del personale dell'anno 2004, ridotto dell'1,4%.

Considerando gli assunti e i cessati dell'anno 2021 per singolo ruolo e profilo, il fabbisogno residuo risulta essere pari a 609 con la conseguente ulteriore spesa pari a ca. **41.083.605 €**, al netto dell'IRAP.

| Riepilogo | Personale al 31.12.2020 | Fabbisogno Standard | Fabbisogno residuo max | Costo medio | Valorizzazione economica |
|--|-------------------------|---------------------|------------------------|-------------|--------------------------|
| | A | B | G | F | G=E*F |
| Personale a Tempo indeterminato | | | | | |
| Medici | 261 | 285 | 277 | 97.592 | 27.033.036 |
| Dirigenti non medici | 34 | 53 | 45 | 68.830 | 3.097.364 |
| Comparto | 931 | 308 | 287 | 38.164 | 10.953.206 |
| TOTALE | 1.226 | 646 | 609 | | 41.083.605 |
| Personale a Tempo determinato | 22 | | | | |
| TOTALE PERSONALE | 1.248 | 646 | 609 | | 41.083.605 |

La disponibilità economica dell'Azienda nel rispetto del tetto di spesa è invece di circa **13.065.216 €**, così come si evince dai dati di tabella 2 al 31.12.2021:

| Disponibilità economica | | Importo |
|-------------------------|---|-------------------|
| A | Personale in servizio al 31.12.2021 | 67.649.215 |
| B | di cui categorie protette | 709.340 |
| C=A-B | Costo del personale per tetto di spesa | 66.939.875 |
| D | Tetto di spesa -1,4% costo 2004 | 80.005.091 |
| E=D-C | Disponibilità economica | 13.065.216 |

Considerando poi l'effetto trascinarsi 2021 e gli ingressi e le uscite avvenute nei primi mesi dell'anno 2022 e le procedure in essere, la **disponibilità economica effettiva dell'Ente è pari a circa 9.029.951 €**.

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

| Disponibilità economica | | |
|-------------------------|--|------------|
| | | Importo |
| A | Personale in servizio al 31.12.2021 | 67.649.215 |
| B | di cui categorie protette | 709.340 |
| C=A-B | Costo del personale per tetto di spesa | 66.939.875 |
| D | Tetto di spesa -1,4% costo 2004 | 80.005.091 |
| E=D-C | Disponibilità economica | 13.065.216 |
| F | Effetto Trascinamento ingressi/uscite 2021 | 551.809 |
| G | Costo nuovi ingressi | 1.057.970 |
| H | Costo procedure in essere | 2.425.486 |
| L | Risparmio cessati | - |
| J=E-(F+G)-H | Totale disponibilità | 9.029.951 |

Di conseguenza l'Azienda ha rimodulato il proprio fabbisogno al fine del rispetto del tetto di spesa, ed è stato approvato con Delibera n. 131 del 17/03/2021, per un totale di 318 unità.

| | PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2020 | DOTAZIONE STANDARD | FABBISOGNO 2021-2023 | FABBISOGNO 2021 | FABBISOGNO 2022 | FABBISOGNO 2023 |
|--|-------------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| RUOLO SANITARIO | 1.013 | 1.412 | 223 | 100 | 97 | 26 |
| Dirigenti Medici | 274 | 537 | 110 | 49 | 49 | 12 |
| Dirigenti Sanitari | 24 | 56 | 9 | 6 | 3 | - |
| Personale del comparto area sanitaria | 715 | 819 | 104 | 45 | 45 | 14 |
| RUOLO TECNICO | 152 | 307 | 54 | 13 | 33 | 8 |
| Dirigenti | 2 | 13 | - | - | - | - |
| Personale del comparto area tecnica | 150 | 294 | 54 | 13 | 33 | 8 |
| RUOLO PROFESSIONALE | 4 | 11 | 5 | 3 | 1 | 1 |
| Dirigenti | 3 | 6 | 3 | 3 | - | - |
| Personale del comparto area professionale | 1 | 5 | 2 | - | 1 | 1 |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 79 | 150 | 36 | 17 | 14 | 5 |
| Dirigenti | 7 | 20 | 6 | 4 | 2 | - |
| Personale del comparto area amministrativo | 72 | 130 | 30 | 13 | 12 | 5 |
| TOTALE | 1.248 | 1.880 | 318 | 133 | 145 | 40 |

FORMAZIONE DEL PERSONALE³

La Formazione, intesa come bagaglio culturale, non solo di conoscenze ma anche di abilità e competenze tecnico-professionali e relazionali, è considerata dalla comunità scientifica internazionale come la leva del cambiamento e del miglioramento della qualità dei servizi offerti alla Persona.

Conseguenzialmente, la Formazione è divenuta un obiettivo strategico per le Aziende Sanitarie che vogliono mantenere alto il livello delle prestazioni erogate e la qualità dei servizi offerti.

³ Individuata, nella bozza di linee guida, quale una delle possibili strategie a proposito del capitale umano nell'ambito della pianificazione del fabbisogno di personale

Il raggiungimento di tali obiettivi è strettamente correlato anche alla qualità dell'istruzione e della formazione.

Queste motivazioni hanno guidato i legislatori verso la predisposizione di una specifica normativa che sancisse il Diritto-Dovere per il lavoratore e, più specificamente, per il professionista sanitario di mantenere i propri livelli formativi continuamente aggiornati e costantemente al passo con l'evoluzione della Ricerca Scientifica.

L'Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento, convinta del ruolo strategico che riveste la Formazione in ambito sanitario, in continuità con quanto già messo in atto negli anni, ha sempre guardato a quest'ultima con una doppia ottica: la Formazione di Base dei professionisti sanitari e il mantenimento costante di una formazione aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono un adeguamento continuo.

Nell'ultimo anno, anche grazie all'individuazione come Provider di Eventi di Educazione Continua in Medicina, a seguito del completamento della Procedura di Accredimento presso il Ministero della Salute, l'Azienda si è fatta promotrice e realizzatrice di un programma adeguato di eventi tesi al raggiungimento degli Obiettivi Strategici fin qui enunciati.

Il Piano Formativo aziendale costituisce, inoltre, lo strumento di cui l'A.O. si avvale per il miglioramento dei processi aziendali, puntando all'affinamento delle competenze come ulteriore leva per il miglioramento costante della performance lavorativa, sia in ambito sanitario, che in quello professionale-tecnico-amministrativo, e per incentivare il personale e contribuire al mantenimento del benessere lavorativo.

In tale ottica sono stati previsti corsi specialistici per il personale sanitario, quelli per i RUP, corsi obbligatori in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, di trattamento dei dati personali in ossequio al GDPR 679/2016 e di prevenzione della corruzione.

Relativamente a tale ultima tematica, in ragione della sostituzione nel novembre 2021 del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, oltre ad incrementare la cultura dell'anticorruzione con il coinvolgimento del personale nella redazione dell'aggiornamento annuale del PTPCT, è stato previsto, così come anche dalle indicazioni dell'OIV, un corso di formazione specifica per il responsabile di tale delicata funzione.

Proprio al fine di garantire le esigenze di crescita professionale e di incremento delle

(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

competenze, il Piano Formativo 2022 ha condensato tutte le iniziative formative multidisciplinari proposte dalle diverse UU.OO.CC. Aziendali e dal Referente delle Professioni Sanitarie, congruenti con le esigenze di sviluppo, in linea con la strategia aziendale, ed articolate in base all'analisi dei bisogni formativi, al coinvolgimento degli operatori, alla socializzazione dei contenuti, alla valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione e sulle professioni, alla diffusione della cultura della gestione del rischio quale strumento di miglioramento professionale ed organizzativo.

Inoltre, per incentivare momenti di autoformazione e di costante aggiornamento professionale degli operatori, sono stati attivati abbonamenti multiaccesso a riviste on line e piattaforme di natura amministrativo gestionale, percorso perfezionato ad inizio del corrente anno anche per quelle di carattere medico scientifico.

L'Azienda, dopo la proficua conclusione della IV edizione del Master di II livello in "Management sanitario e Governo clinico", nata dalla collaborazione con il Dipartimento DEMM dell'Università degli Studi del Sannio, alla quale hanno proficuamente partecipato come discenti diverse professionalità aziendali, ha preso parte attiva nell'organizzazione della V edizione del predetto Master, che, partita ad inizio marzo 2022, anche questa volta ha registrato un'interessata adesione di dipendenti.

In ossequio al Protocollo d'intesa siglato tra il Ministro dell'Università e della Ricerca ed il Ministro per la Pubblica Amministrazione, volto a favorire il potenziamento della formazione, dell'aggiornamento professionale e dello sviluppo di competenze dei dipendenti pubblici, l'Azienda ha intavolato con l'Università degli Studi del Sannio contatti tesi a tracciare specifici percorsi formativi per i dipendenti aziendali.

AZIENDA OSPEDALIERA
"SAN PIO" - BENEVENTO
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
DEA di II Livello

FABBISOGNI FORMATIVI 2022
AREA SANITARIA

| UNITA' OPERATIVA PROPONENTE | TITOLO DEL CORSO | PERSONALE INTERESSATO | COSTI |
|---|---|--|----------------------------|
| Servizio Infermieristico/Ostetrico | 1. La performance organizzativa ed individuale quale percorso di valorizzazione, promozione e certificazione delle competenze | Posizioni Organizzative e coordinatori | 2000 |
| Dipartimento Materno-Infantile | 1. Le nuove sfide dell'assistenza: teoria della cura, tecnologia, responsabilità. 2. Promozione dell'allattamento materno | Personale Infermieristico ed Ostetrico del Dipartimento Materno-Infantile | 6000 |
| Dipartimento Scienze Chirurgiche | 1. La gestione dei processi e dei percorsi assistenziali ai diversi livelli di complessità e intensità di cura. | Personale Infermieristico 2 edizioni 40 partecipanti per corso | 2000 |
| - UOSD Emodialisi - U.O.C. Anestesia e Rianimazione - U.O.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso - U.O. Neonatologia e T.I.N. - U.O.C. Pediatria ed Adolescentologia - U.O.C. Neuroanestesia e Neuroranimazione - Direzione Medica di Presidio Sant'Agata de' Goti | 1. La gestione degli accessi vascolari centrali ecoguidati in età adulta ed in quella neonatale/pediatrica (anche al fine della costituzione PICC TEAM aziendale) | Personale Medico e Infermieristico | 12000 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | 1. ALS 2. ATCN 3. ATLS 4. Blocchi anestetici ecoguidati | Personale Medico e infermieristico Personale medico e infermieristico anche della U.O.C. Medicina d'Urgenza e P.S. Personale medico della U.O.C. | 6. 000,00 € per ogni corso |
| U.O.C. Neurochirurgia | 1. Gestione paziente pre-post-intra operatorio 2. La gestione del conflitto e la negoziazione: come gestire la comunicazione in condizioni di criticità | Personale medico ed infermieristico | 5000 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | 1. Corso di formazione sulla gestione trattamento delle L.D.P. 2. Corso postura e posturologia | Medici ed Infermieri | 2000,00 € per ogni corso |
| U.O.C. Pediatria ed Adolescentologia | 1. La gestione medico-infermieristica del paziente pediatrico con patologia cronica e bisogni assistenziali complessi | Personale Medico ed Infermieristico | 2.000,00 € |
| U.O.C. Oculistica | 1. Il trattamento IVT nella maculopatia | Personale Medico ed Infermieristico | 2000 |

| | | | |
|---|---|--|--|
| U.O. Ginecologia e ostetricia | 1. Corso teorico pratico: Rischio clinico e gestione delle emergenze perinatali con simulazione ad alta fedeltà | Personale medico UOC Ostetricia, Neonatologia, Rianimazione; Personale Ostetrico, Personale Infermieristico di Sala Operatoria Ginecologia/ Ostetricia, Neonatologia | 2.000,00 € |
| U.O.C. Malattie Infettive | 1. Corso HIV legge 135/90 | Personale delle Malattie Infettive; eventuali partecipanti altri reparti | Costi come da legge 135/90, compreso il pagamento delle borse di studio previste preventivamente in circa 36.000,00 € 2000,00 € per ogni corso |
| U.O.C. Chirurgia Generale Oncologica | 1. Corso di Formazione sul Protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) 2. Corso di formazione teorico-pratico in Chirurgia mininvasiva | Tutto il personale delle UU. OO. Chirurgiche; oncologia medica; Endoscopia digestiva; Radiologia; Radioterapia; Anatomia Patologica | 2000,00 € per ogni corso |
| Direzione Sanitaria | 1. Il trasporto dei materiali biologici. Corrette metodiche e matrici di responsabilità dei professionisti sanitari dalla fase pre-analitica alla refertazione | Tutto il personale sanitario | 2000 |
| Servizio Immunotrasfusionale | 1. Il buon uso del sangue 2. Aspetti psicologici nei rapporti col paziente, l'equipe ed i volontari | Personale Medico ed Infermieristico | 2000,00 € per ogni corso |
| U.O.C. Oncologia Medica | 1. Epatocarcinoma: nuove sequenze terapeutiche e multidisciplinarietà nell'era della Rete Oncologica Campana | Tutto il personale | 2.000,00 € |
| U.O.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso | 1. Executive Programme in Lean Health Management 2. Interpretazione rapida dell'ECG | Tutto il personale | 2000,00 € per ogni corso |
| U.O.C. Neurologia con Stroke Unit | 1. Sclerosi Multipla (in collaborazione con il prof. Antonio Uccelli) 2. Demenze e malattia di Parkinson | Tutto il personale | 2000,00 € per ogni corso |
| UOSD Riabilitazione | 1. Corso di elettromiografia 2. Approccio riabilitativo al paziente politraumatizzato e novità in materia di riabilitazione | Medici Medici e Fisioterapisti | 2000,00 € per ogni corso |
| - U.O.C. Pneumologia - U.O.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso - UOSD Riabilitazione - U.O.S.D. di Terapia Sub-Intensiva Perioperatoria - U.O.C. Neuroanestesia e Neurorianimazione | 1. Gestione del paziente con insufficienza respiratoria, assistenza ventilatoria: HFNC – NIV – Ventilazione Meccanica – Assistenza clinica e riabilitativa. Focus sul paziente covid | Personale Medico ed Infermieristico | 10.000,00 € per ogni corso |
| U.O.C. Medicina Interna e Specialistica Sant'Agata de' Goti | 1. Gestione non invasiva delle vie aeree | Personale Medico ed Infermieristico | 2.000,00 € |
| S.S.D. Audiologia e foniatria | 1. X corso teorico-pratico di audiologia e vestibologia 2. Corso di formazione sull'approccio in urgenza alle patologie vertiginose | Personale Medico ed Infermieristico Il corso è da ritenere obbligatorio per il personale di Pronto Soccorso | 2000,00 € per ogni corso |
| U.O. Neonatologia e T.I.N. | 1. Corso di rianimazione ed emergenze del neonato in sala parto 2. FSC - Implementazione buone pratiche assistenziali | Personale Infermieristico Personale medico ed infermieristico UOC Neonatologia | 3.000,00 € |

| | | | |
|---|---|--|---|
| U.O.C. FARMACIA | 1. Implementazione delle attività di farmacovigilanza in tutte le UU.OO. 2. Le infezioni multiresistenti | Medici,Farmacisti Infermieri A.O. (1° Corso). Medici. Farmacisti ed Infermieri ASL Medici,Farmacisti Infermieri A.O. (1° Corso): Medici. Farmacisti ed Infermieri ASL | 2000,00 € per ogni corso |
| U.O.S.D. Genetica Medica | 1. Le malattie rare. Organizzazione regionale, nazionale ed europea. ERN (European Reference Network). Riferimenti normativi, piano nazionale e regionale MR, registro delle malattie rare, servizi disponibili ai pazienti e ruolo delle associazioni. | Tutto il personale | 2.000,00 € |
| U.O.C Diagnostica per immagini | 1. Corso Area Tecnica: D.lgs 101/2020 | Tecnici Sanitari | € 2.000 |
| U.O.C.Patologia Clinica | 1. COVID E LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA: Formazione del personale Ausiliario,Infermieristico, Tecnico e Dirigente relativa alle procedure per la gestione delle fasi: pre analitica, analitica e post analitica dei campioni di pazienti con sospetta o accertata infezione da "SARS COV 2 " 2. Procedure operative per l'uso e lo smaltimento dei DPI in ambiente sanitario | TUTTO IL PERSONALE | 2000 per ogni corso |
| U.O.C. Epidemiologia | 1. Corretta compilazione della SDO | Tutto il personale sanitario | € 2.000 |
| U.O.C. Neuroradiologia | 1. L'immagine non può prescindere dalla clinica: trasversalità tra anamnesi, clinica, dati di laboratorio e diagnostica per immagini" | | € 2.000 |
| Direzione Medica di Presidio Sant'Agata de' Goti dr.ssa Raffaella Buonocore | 1. La gestione del registro degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope (Ref. Scientifico dr. Vincenzo Cioffi) 2. La prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (Ref. Scientifico dr. Pierdomenico Ceccarelli) | Tutto il personale sanitario | 2000 per corso |
| IPASD Nutrizione e dietetica Medicine Complementari | 1. Nutrizione e Nutraceutica nella terapia integrata della sindrome metabolica 2. Le nuove frontiere della dieta chetogenica | Personale Sanitario | 3000 € per corso |
| TUTTO IL PERSONALE | BLS Privacy Anticorruzione Legge 81/2008 PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) PEIMAF(Piano di emergenza intraospedaliera massiccio afflusso di feriti) PTM (Protocollo trasfusione massiva) | | Costi stimati in € 27000 |
| COSTO PREVISTO | | | Costo totale presunto, comprensivo di oneri a favore di Enti Formativi Esterni, € 200.000,00 |

**AZIENDA OSPEDALIERA
"SAN PIO" - BENEVENTO**
**di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
DEA di II Livello**

**FABBISOGNI FORMATIVI 2022
AREA PROFESSIONALE - TECNICA - AMMINISTRATIVA**

| UNITA' OPERATIVA PROPONENTE | TITOLO DEL CORSO | PERSONALE INTERESSATO |
|---|---|---|
| U.O.C. Provveditorato ed Economato U.O.C. Manutenzione e Gestione del Patrimonio | 1. La gara di appalto di forniture e servizi: svolgimento pratico di una procedura 2. Le procedure semplificate sotto-soglia e gli affidamenti diretti dopo l'aggiornamento delle Linee-guida ANAC . 4 3. Novità normative in tema di appalti e modalità di acquisti sotto soglia 4. Formazione obbligatoria RUP, ai sensi dell'art. 31, comma 9, del Codice dei Contratti | Personale Area Provveditorato con possibilità di estensione al personale di altre strutture che effettuano acquisti Area tecnica, Farmacia, Ingegneria clinica, CED etc. Tutti i dipendenti idonei al conferimento dell'incarico di RUP |
| U.O.C. Risorse Umane | 1. Previdenza e trattamento di fine servizio 2. Costituzione fondi e trattamento economico | Amministrativi ed altro personale interessato |
| U.O.C. Controllo di Gestione | 1. Corsi di formazione su Excel e su Access 2. Corso sugli obblighi previsti dalla normativa sulla transizione al digitale | Amministrativi ed altro personale interessato |
| U.O.C. URP | 1. Tecniche di comunicazione (La gestione dei rapporti con l'utenza e la comunicazione interna) | Personale Ufficio Relazioni con il Pubblico |
| U.O.C. CED | 1. Cyber security 2. Sviluppi dell'innovazione tecnologica | Personale del CED |
| U.O.C. Affari Generali e Legali | 1. Privacy e trattamento dei dati | Tutto il personale |
| U.O. Risorse Economiche | 1. Corso sulle novità in materia tributaria e fiscale nelle Aziende del SSN | Personale della UOC |
| RPCT | 1. Corsodi formazione su anticorruzione e trasparenza | Tutto il personale |
| UPD | 1. Corso di formazione sul procedimento disciplinare | Il personale nominato nell'UPD, i Direttori di UU.OO.CC. Ed i Direttori di Dipartimento |
| COSTO PREVISTO | | Costo totale presunto, comprensivo di oneri a favore di Enti Formativi Esterni, € 100.000,00 |

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.