



ORIGINALE

COPIA

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 899 del 31/05/2022

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità alla vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali.

Premesso che il Regolamento UE 2016/679 e il D. L.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contengono principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(firma del proponente)

OGGETTO: Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO Triennio 2022 – 2024.

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

- 7 GIU. 2022

ai sensi dell'art.124 c.1 D. L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova copertura sul/i conto/i economico/i:

n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 5.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento PUOC Contabilità Generale effettuerà il controllo tramite l'Agenzia delle Entrate

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

PROPOSTA DI DELIBERA

Oggetto: Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO Triennio 2022 – 2024.

La Dott.ssa, Maria Rosaria Troisi, in qualità di Direttore ff dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico, il dott. Tommaso De Luca, in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e la dr.ssa Marisa Prudente, in qualità di Direttore ff UOC Gestione Risorse Umane,

VISTO

- il Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia” (Decreto Reclutamento) che, all’art. 6 prevede che *“per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1)”*;
- che tale Piano Integrato sostituisce mediante l’assorbimento in un unico documento:
 - Il Piano della Performance
 - Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
 - Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale
 - Il Piano per il lavoro agile
 - La Programmazione dei fabbisogni formativi

PRESO ATTO degli esiti della Conferenza Unificata del 2 dicembre 2021 in cui è stata raggiunta l’intesa sullo schema di decreto del Ministro per la pubblica amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, di cui all’articolo 6, comma 6, del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n°113;

VISTO il comma 6 bis dell’art. 6 del medesimo Decreto, introdotto dall’art. 1, comma 12 lett. a) num. 3) del Decreto Legge 30 dicembre 2021 n° 228, convertito con modificazioni dalla Legge 25 febbraio 2022 n° 15 che prevede che, in sede di prima applicazione, il Piano è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine non si applicano le sanzioni previste;

PRESO ATTO degli esiti della Conferenza Unificata del 9 febbraio 2022 in cui è stata raggiunta l’intesa in merito allo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante “Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato delle attività e organizzazione, ai sensi dell’art. 6, comma 5 del Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113”;

RICHIAMATA la comunicazione prot. n° 2518/DG del 01/03/2022 e prot. n. 270/DA.del 03/03/2022 con la quale i Direttori proponenti e il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza

vengono invitati a predisporre, entro i termini previsti dalla vigente normativa e, ciascuno per la parte di competenza, il Piano integrato di attività e organizzazione della ASL AV;

VISTO il Decreto Legge n. 36 del 30 aprile 2022 che modifica l'art. 6 comma 6 bis del D.L. n. 80/2021 convertito con modificazioni dalla L. n. 113/2021 che proroga al 30 giugno 2022 l'adozione del PIAO ;

CONSIDERATO che alla data della presente deliberazione non risultano ancora in vigore i provvedimenti normativi previsti dal comma 5 dell'art. 6 del D.L. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*

RITENUTO

- di dover adottare il documento programmatico, denominato “Piano Integrato di Attività e di Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 2022 – 2024”;
- di precisare che il presente “Piano Integrato di Attività e di Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 2022 – 2024” potrebbe subire modifiche/integrazioni a seguito dell'adozione dei decreti attuativi di cui al citato comma 5 dell'art. 6 del D.L. 80/20, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”* ;

ATTESO che il presente provvedimento deve essere pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo Portale;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposte di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità,

DICHIARATA l'insussistenza di conflitto di interessi, anche potenziale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90, introdotto dalla Legge 190/2012

DICHIARATO il carattere di congruità della spesa relativo al presente provvedimento e che non sussistono motivi ostativi a procedere, attesa la piena conformità alle disposizioni di legge e ai regolamenti aziendali;

DATO ATTO CHE:

tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso l'U.O.C. proponente.

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore ff

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

l'adozione del presente provvedimento, e nello specifico, per i motivi espressi in narrativa e che qui si intendono per trascritti e confermati:

- di dover adottare, il documento programmatico, denominato “Piano Integrato di Attività e di Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 2022 – 2024”;
- di precisare che il presente “Piano Integrato di Attività e di Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 2022 – 2024” potrebbe subire modifiche/integrazioni a seguito dell'adozione dei decreti attuativi di cui al citato comma 5 dell'art. 6 del D.L. 80/20, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 *“Misure urgenti per il*

rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" ;

- di disporre che i proponenti curino la pubblicazione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 2022 – 2024" sul sito istituzionale dell'Azienda – Sezione Amministrazione Trasparente , ognuno per la parte di competenza, e che l'U.O.C. Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico curi l'invio al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo Portale , come da normativa vigente.

L'estensore

Giuliana Luongo

RPTC

Dr. Tommaso Rosario De Luca

UOC GRU

Il Direttore ff
Dott.ssa Matisa Pludente

UOC QA – Rischio Clinico

Il Direttore ff
Dott.ssa Maria Rosaria Troisi

IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 368 del 06/08/2019 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 110 del 08/08/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dr.ssa Daniela Capone e dal Direttore Sanitario dott.ssa Elvira Bianco, ha adottato la seguente delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore ff dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico avente ad oggetto: **"Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO Triennio 2022 – 2024"**.

Preso atto

- dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore ff dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dal Direttore ff dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane a seguito della istruttoria dagli stesso effettuata e come dagli stessi attestato ed articolato;
- di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

Ritenuto di

prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

Il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Daniela Capone

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Elvira Bianco

DELIBERA

di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore ff dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dal Direttore ff dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane e sulla scorta ed in conformità della stessa:

- di dover adottare, il documento programmatico, denominato “Piano Integrato di Attività e di Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 202/2 – 2024”;
- di precisare che il presente “Piano Integrato di Attività e di Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 202/2 – 2024” potrebbe subire modifiche/integrazioni a seguito dell'adozione dei decreti attuativi di cui al citato comma 5 dell'art. 6 del D.L. 80/20, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”* ;
- di disporre che i proponenti curino la pubblicazione del “Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL Avellino – Triennio 2022 – 2024” sul sito istituzionale dell'Azienda – Sezione Amministrazione Trasparente ciascuno per la parte di competenza, e che l'U.O.C. Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico curi l'invio al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo Portale , come da normativa vigente;
- di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale, alle UU.O.O. proponenti per il seguito di competenza ed all'OIV.

Il Direttore Generale
D.ssa Maria Morgante





PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

PIAO DELL' ASL AVELLINO
(Redatto ai sensi dell'art.6 del D.L. n.80/2021)

INTRODUZIONE

Con l'adozione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione l'Azienda Sanitaria Locale ha l'opportunità, per la prima volta attraverso un unico documento, di illustrare ai cittadini e a tutti i portatori di interesse le strategie da adottare nel prossimo triennio per preservare e migliorare il benessere sanitario e socio sanitario della comunità, le azioni da consolidare ed implementare, nella gestione aziendale, per contenere e ridurre i rischi di corruzione e per promuovere la trasparenza, le modalità di individuazione e gestione delle risorse umane, nell'ottica del miglioramento delle competenze.

La pandemia ci ha costretto a rivedere i modelli tradizionali di prevenzione e cura delle malattie, a rivalutare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e delle relazioni tra questa e gli ospedali, a sperimentare nuovi setting assistenziali come quello delle cure intermedie, andando oltre l'emergenza. Un patrimonio enorme di esperienze che rappresentano per il sistema sanitario di questo territorio, una capitalizzazione per il futuro di modelli che contribuiranno a costruire un'assistenza capace di dare risposte sempre più efficaci alla presa in carico della popolazione e al conseguente uso appropriato delle strutture per acuti.

Tra le priorità della pianificazione a lungo termine dell'Azienda c'è, dunque, il rafforzamento della capacità di operare come sistema sempre più vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della collettività. A tale scopo essa si ispira fundamentalmente alla necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali, integrandoli con la rete dell'assistenza ospedaliera e dell'emergenza, per perseguire la garanzia dei LEA, e di valorizzare la prevenzione attraverso logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, fondate sulla maggiore crescente disponibilità di dati ed informazioni sanitarie.

In linea con le esigenze contenute nel PNRR, i prossimi anni saranno l'occasione per interpretare con maggiore capacità di analisi i bisogni delle persone per tradurli in servizi e programmi riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione, la digitalizzazione dei processi, l'integrazione delle professionalità, il miglioramento della qualità dell'assistenza, nel rispetto comunque dell'efficienza allocativa e tecnica delle risorse.

Consideriamo questo un interessante strumento di comunicazione interna, in quanto sarà in grado di orientare le strutture ed i professionisti, e allo stesso tempo rappresenta la formalizzazione di un impegno che l'Azienda si assume nei confronti della collettività.

Il Direttore Generale
Maria Morgante

Indice

INTRODUZIONE	Pag. 2
Che cos'è il PIAO	Pag. 3
SEZIONE 1. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	Pag. 4
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	Pag. 18
• VALORE PUBBLICO	Pag. 18
• PERFORMANCE	Pag. 19
• RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	Pag. 30
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Pag. 43
• STRUTTURA ORGANIZZATIVA	Pag. 43
• ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	Pag. 45
• FABBISOGNO DEL PERSONALE	Pag. 50
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	Pag. 51

Allegati

- **Allegato 1 Cronoprogramma delle competenze**
- **Allegato 2 Mappatura Aree a rischio**
- **Allegato 3 Obblighi di pubblicazione**
- **Allegato 4 Programmazione Sviluppo Lavoro Agile**

Che cos'è il PIAO

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (di seguito PIAO) previsto dall'art.6 del DL n.80/2021, descrive le linee strategiche adottate della ASL Avellino in materia di valutazione della performance e prevenzione della corruzione, gestione del capitale umano e sviluppo organizzativo, reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle risorse interne, al fine di armonizzare gli atti di pianificazione di norma già prescritti a carico delle amministrazioni pubbliche di seguito riportate:

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

Tale documento programmatico, redatto in coerenza con le Linee Guida per la compilazione del PIAO pubblicate dalla funzione Pubblica e con le indicazioni operative definite dalla normativa vigente di riferimento, ha, inoltre, valenza interna allo scopo di orientare l'attività gestionale delle strutture e dei professionisti, nonché valenza esterna al fine di rendere partecipe la Comunità, degli obiettivi e dei programmi che l'Azienda Sanitaria Locale Avellino si è prefissata per il triennio 2022 – 2024 nell'intento di garantire ampia trasparenza e diffusione delle informazioni alla cittadinanza.

I contenuti del PIAO:

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

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione che si articola in tre sezioni oltre alla Presentazione della ASL AV:

1. Valore pubblico, performance e anticorruzione;
2. Organizzazione e capitale umano;
3. Monitoraggio.

Il Piano ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente

Sezione 1 -PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

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

L'Azienda Sanitaria Avellino nata dalla fusione delle ex ASL AV1 ed AV2, a seguito dell'accorpamento di cui alla DGRC n. 559 del 20 marzo 2009, ha sede legale in Via degli Imbimbo 10/12, Avellino.

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

• Chi Siamo, Cosa Facciamo, Come Operiamo

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

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

L'Assistenza ospedaliera

L'Azienda, ai sensi del DCA 8/2018 e il DCA 29/2018, opera mediante 2 presidi a gestione diretta (P.O. Ariano Irpino e P.O. S. Angelo dei Lombardi) e n. 6 Case di Cura Accreditate con il SSR.

L'attuale assetto dei 2 Presidi Ospedalieri a gestione diretta è stato rimodulato a seguito dell'adozione del DCA 29/2018 con il quale il P.O. di Solofra è stato annesso all'AORN Moscato, a far data dal 1/10/2018. Inoltre, l'assetto organizzativo complessivo aziendale tiene conto del DCA 40/2017 con il quale è stato approvato l'Atto Aziendale di questa ASL.

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

I posti letto del privato accreditato, in base al DCA 103/2018, DCA 45/2019, DCA 81/2019 e delibera ASL n. 609/2020 sono complessivamente n. 558 di cui n. 48 con codici 60 e 56 .

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

L'Assistenza Territoriale

L'Azienda ha previsto il completamento e l'allineamento dell'assistenza territoriale secondo quanto previsto dal DCA 83/2019 "Piano Regionale della rete di assistenza sanitaria territoriale 2019/2021" e secondo quanto previsto con D.G.R.C. n. 19/2020 "Preso d'atto e recepimento del piano triennale 2019/2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano, ex art. 2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191"

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



La Prevenzione collettiva

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

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

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

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

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

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

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

• **La mission**

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

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

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

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

➤ integrazione socio sanitaria

• **L'Azienda in cifre**

Si riportano, in sintesi, alcuni dati di attività riferiti al triennio 2019 - 2021, al fine di fornire un quadro di riferimento generale.

Si evidenzia preliminarmente che i valori relativi agli anni 2020 e 2021 risultano fortemente condizionati dalla rimodulazione delle attività resasi necessaria per fronteggiare l'emergenza COVID-19.

Produzione strutture pubbliche ASL – Ricovero ospedaliero

Tipologia strutture	Denominazione	Numero casi		
		Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Pubblico	P.O. " S. Ottone Frangipane " Ariano I.	5.277	3.065	3.313
	P.O. "Criscuoli – Frieri"	2.337	1.585	1.586
Totale		7.616	4.650	4.899

Produzione strutture private accreditate ASL – Ricovero ospedaliero

Tipologia strutture	Denominazione Casa di Cura	Numero casi		
		Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Privato Accreditato	Pineta Grande (Ex Villa Esther) – Avellino	1.572	1.625	1.845
	Villa Maria – Baiano (AV)	222	129	117
	S. Rita – Atripalda (AV)	2.768	2.126	3.069
	Villa Maria – Mirabella E. (AV)	1.370	1.255	1.525
	Montevergine – Mercogliano (AV)	9.484	7.932	8.955
	Malzoni - Avellino	9.046	7.929	8.955
	Villa dei Pini - Avellino	0	249	416
Totale		24.462	21.245	24.504

Produzione delle strutture pubbliche ASL: Attività specialistica ambulatoriale

Strutture Pubbliche	Prestazione	Valore	Prestazione	Valore
	Anno 2020		Anno 2021	
Distretti	102.128	1.854.800,44	114.532	2.128.859,79
P.O. Ariano I.	125.779	2.404.261,58	139.151	2.095.398,37
P.O. S. Angelo dei Lombardi	91.893	2.283.155,18	125.759	2.288.557,63
Struttura Polifunzionale Per La Salute - Bisaccia	23.175	121.278,66	76.484	781.604,25
TOTALE	342.975	6.663,496	455.926	7.294.420

6

Attività di prevenzione (dati monitoraggio LEA)

attività	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Vigilanza (cantieri, agricoltura, mal. Professionali, ulteriori comparti)	828	750	706
Indagini epidemiologiche	253	115	87
Indagini epidemiologiche Covid 19	-----	9.152	19.819
Copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi per ciclo base (%)	97	95	97
Copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi per MPR (%)	95	92	95
Screening mammella (%)	35	8	12
Screening cervice uterina (%)	13	5	7
Screening colon retto (%)	8	7	5

Produzione strutture pubbliche ASL - Attività Dipartimento Salute Mentale

struttura	indicatore	Anno 2019	Anno 2020*	Anno 2021
Centri Salute Mentale	n. prestazioni	92.857	85.970	19.519
Centri Diurni	n. prestazioni	12.220	11.190	1.448
SERD	n. utenti	2.013	1.652	1.389
Neuropsichiatria Infantile e dell'età Evolutiva	n. prestazioni	62.674	39.423	9.442

*Attività rimodulate per effetto dell'emergenza pandemica Covid-19: consulenza, supporto e monitoraggio telefonico degli utenti già in carico, operatori e cittadini

Produzione strutture pubbliche ASL - CD (cure domiciliari)

indicatore	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (%)	3,21	2,83	2,67
Percentuale di ultrasessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro 2 giorni dalla dimissione ospedaliera (%)	32,88	46,58	33,33

Dati economici

	Bilancio esercizio 2019 (euro)	Bilancio esercizio 2020 (euro)	Bilancio esercizio 2021 (euro) *	Bilancio previsione 2022 (euro)
Valore della produzione	738.784.922,87	763.470.744,7 0	In corso di approvazio ne	744.101.350,0 0
Costi della produzione	728.927.226,60	753.265.001,8 1		737.007.037,0 0
Differenza tra valore e costo della produzione	9.857.696,27	10.205.742,89		7.094.313,00
Proventi e oneri finanziari	-3.358.233,92	-613.228,54		-204.586,00
Proventi e oneri straordinari	379.182,53	-2.765.590,10		0
Risultato di esercizio prima delle imposte	6.878.644,88	6.826.924,25		6.889.727,00
Imposte e tasse	6.820.463,56	6.795.585,12		6.889.727,00
Risultato di esercizio	58.181,32	31.339,13		0

• Analisi del contesto esterno

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

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

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

La distribuzione della popolazione per classi di età è alquanto disomogenea, la percentuale di soggetti con età > 65 anni oscilla tra il 39% della zona dell'Alta Irpinia sino al 61% della parte restante. Il territorio è per due terzi montuoso e per il resto prevalentemente collinare.

Dall'analisi della struttura della popolazione si evidenzia che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è molto marcato, registrandosi il secondo più alto della regione. Tale fenomeno, è estremamente variegato per singolo comune. Allo stesso tempo si registra che la popolazione di età

compresa tra 0 - 14 anni è, in percentuale, la più bassa della regione (12%) e che tale andamento nel corso degli ultimi anni si è gradatamente consolidato.

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

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

Le comunicazioni attraverso la rete ferroviaria sono attualmente non sufficienti ma in via di implementazione. Il collegamento con autolinee regionali è assicurato in gran parte dei Comuni, con una frequenza di corse talvolta ridotta, per cui per i collegamenti fra i diversi paesi e quindi con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali bisogna ricorrere all'uso di mezzi privati.



[Handwritten signature]

• **Il territorio di competenza**

Popolazione residente	n.399.623
Popolazione straniera residente	n. 12.948
Kmq	2806,07 Kmq
Densità Abit. /kmq	142,41
Sede legale	Avellino – Via degli Imbimbo 10/12
Comuni	n. 118
Distretti	n. 6
	Comuni afferenti ad ogni Distretto
DISTRETTO 01 di Ariano Irpino (Presidi sanitari distrettuali di Mirabella, Vallata e Grottaminarda)	Ariano Irpino, Bonito, Carife, Casalbore, Castel Baronia, Flumeri, Fontanarosa, Frigento, Gesualdo, Greci, Grottaminarda, Luogosano, Melito Irpino, Mirabella Eclano, Montaguto, Montecalvo Irpino, Paternopoli, San Nicola Baronia, San Sossio Baronia, Sant'Angelo all'Esca, Savignano Irpino, Scampitella, Sturno, Taurasi, Trevico, Vallata, Vallesaccarda, Villanova del Battista, Zungoli.
DISTRETTO 02 di Monteforte Irpino	Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino, Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala, Summonte.
DISTRETTO 03 di Sant'Angelo dei Lombardi (Presidi sanitari distrettuali di Montella e Calitri)	Andretta, Aquilonia, Bagnoli Irpino, Bisaccia, Cairano, Calabritto, Calitri, Caposele, Cassano Irpino, Castelfranci, Conza della Campania, Guardia dei Lombardi, Lacedonia, Lioni, Montella, Monteverde, Morra De Sanctis, Nusco, Rocca San Felice, Sant'Andrea di Conza, Sant'Angelo dei Lombardi, Senerchia, Teora, Torella dei Lombardi, Villamaina.
DISTRETTO 04 di Avellino (Presidi sanitari distrettuali di Altavilla e Cervinara)	Altavilla Irpina, Avellino, Capriglia Irpina, Cervinara, Chianche, Grottolella, Montefredane, Petruro Irpino, Pietrastornina, Prata di Principato Ultra, Pratola Serra, Roccabascerana, Rotondi, San Martino Valle Caudina, Torrioni, Tufo.
DISTRETTO 05 di Atripalda (Presidi sanitari distrettuali di Montemiletto e Montoro)	Aiello del Sabato, Atripalda, Candida, Castelvetero sul Calore, Cesinali, Chiusano di San Domenico, Lapio, Manocalzati, Montefalcione, Montefusco, Montemarano, Montemiletto, Montoro, Parolise, Pietradefusi, Salza Irpina, San Mango sul Calore, San Michele di Serino, San Potito Ultra, Santa Lucia di Serino, Santa Paolina, Santo Stefano del Sole, Serino, Solofra, Sorbo Serpico, Torre Le Nocelle, Venticano, Volturara Irpina.
DISTRETTO 06 di Baiano (Presidio sanitario distrettuale di Lauro)	Avella, Baiano, Domicella, Lauro, Marzano di Nola, Moschiano, Mugnano del Cardinale, Pago del Vallo di Lauro, Quadrelle, Quindici, Sirignano, Sperone, Taurano.
Piani di Zona (coincidenti con gli ambiti distrettuali)	n. 6

Comuni afferenti all'ASL Avellino e popolazione per distretto (dati ISTAT al 01.01.2022)

DISTRETTO 01 – Ariano Irpino Comuni: n. 29							
Superficie di 186,74 kmq – Densità abitativa: 120,21 ab/kmq							
COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Ariano Irpino	2444	13581	5218	21243	213,50	38,42	56,42
Bonito	234	1476	502	2212	214,53	34,01	49,86
Carife	136	783	372	1291	273,53	47,51	64,88
Casalbore	155	993	447	1595	288,39	45,02	60,62
Castel Baronia	114	689	260	1063	228,07	37,74	54,28
Flumeri	310	1615	653	2578	210,65	40,43	59,63
Fontanarosa	288	1823	752	2863	261,11	41,25	57,05
Frigento	335	2244	854	3433	254,93	38,06	52,99
Gesualdo	352	2080	824	3256	234,09	39,62	56,54
Greci	52	304	234	590	450,00	76,97	94,08
Grottaminarda	974	5025	1666	7665	171,05	33,15	52,54
Luogosano	117	747	231	1095	197,44	30,92	46,59
Melito Irpino	221	1122	437	1780	197,74	38,95	58,65
Mirabella Eclano	727	4409	1672	6808	229,99	37,92	54,41
Montaguto	23	196	131	350	569,57	66,84	78,57
Montecalvo Irpino	351	2050	954	3355	271,79	46,54	63,66
Paternopoli	236	1348	558	2142	236,44	41,39	58,90
San Nicola Baronia	80	495	182	757	227,50	36,77	52,93
San Sossio Baronia	177	925	415	1517	234,46	44,86	64,00
Sant'Angelo all'Esca	58	469	214	741	368,97	45,63	58,00
Savignano Irpino	118	584	306	1008	259,32	52,40	72,60
Scampitella	70	609	363	1042	518,57	59,61	71,10
Sturno	328	1776	710	2814	216,46	39,98	58,45
Taurasi	217	1389	568	2174	261,75	40,89	56,52
Trevico	83	516	266	865	320,48	51,55	67,64
Vallata	290	1582	673	2545	232,07	42,54	60,87
Vallesaccarda	145	785	312	1242	215,17	39,75	58,22
Villanova del Battista	135	929	401	1465	297,04	43,16	57,70
Zungoli	63	625	284	972	450,79	45,44	55,52
TOTALE	8833	51169	20459	80461	231,62	39,98	57,25

DISTRETTO 02 – Monteforte Irpino - Comuni: n. 7							
Superficie di 26,95 kmq – Densità abitativa: 442,78 ab/kmq							
COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Monteforte Irpino	1604	7709	2064	11377	128,68	26,77	47,58
Contrada	411	1959	571	2941	138,93	29,15	50,13
Forino	699	3498	977	5174	139,77	27,93	47,91
Mercogliano	1405	7644	2541	11590	180,85	33,24	51,62
Ospedaletto d'Alpinolo	307	1384	389	2080	126,71	28,11	50,29

Sant'Angelo a Scala	65	474	154	693	236,92	32,49	46,20
Summonte	173	979	336	1488	194,22	34,32	51,99
TOTALE	4664	23647	7032	35343	150,77	29,74	49,46

DISTRETTO 03 – S. Angelo Dei Lombardi - Comuni: n. 25							
Superficie: 55,11 kmq – Densità abitativa: 76,35 ab/kmq							
COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Sant'Angelo dei Lombardi	399	2493	984	3876	246,62	39,47	55,48
Andretta	148	1043	467	1658	315,54	44,77	58,96
Aquilonia	104	968	421	1493	404,81	43,49	54,24
Bagnoli Irpino	283	1991	717	2991	253,36	36,01	50,23
Bisaccia	426	2194	941	3561	220,89	42,89	62,31
Cairano	14	153	106	273	757,14	69,28	78,43
Calabritto	215	1295	617	2127	286,98	47,64	64,25
Calitri	362	2580	1332	4274	367,96	51,63	65,66
Caposele	400	2091	772	3263	193,00	36,92	56,05
Cassano irpino	102	638	192	932	188,24	30,09	46,08
Castelfranci	188	1124	490	1802	260,64	43,59	60,32
Conza della Campania	140	797	328	1265	234,29	41,15	58,72
Guardia Lombardi	130	915	466	1511	358,46	50,93	65,14
Lacedonia	177	1346	548	2071	309,60	40,71	53,86
Lioni	767	3878	1331	5976	173,53	34,32	54,10
Montella	877	4692	1742	7311	198,63	37,13	55,82
Monteverde	58	460	196	714	337,93	42,61	55,22
Morra De Sanctis	118	666	347	1131	294,07	52,10	69,82
Nusco	410	2484	1013	3907	247,07	40,78	57,29
Rocca San Felice	86	485	225	796	261,63	46,39	64,12
Sant'Andrea di Conza	86	869	398	1353	462,79	45,80	55,70
Senerchia	48	522	180	750	375,00	34,48	43,68
Teora	133	876	446	1455	335,34	50,91	66,10
Torella dei Lombardi	218	1251	490	1959	224,77	39,17	56,59
Villamaina	112	580	218	910	194,64	37,59	56,90
TOTALE	6001	36391	14967	57359	249,41	41,13	57,62

DISTRETTO 04 – Avellino - Comuni: n. 16							
Superficie 30,55 kmq – Densità abitativa: 1.779,15 ab/kmq							
COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Avellino	5762	33852	12954	52568	224,82	38,27	55,29
Altavilla Irpina	495	2511	954	3960	192,73	37,99	57,71
Capriglia Irpina	296	1457	488	2241	164,86	33,49	53,81
Cervinara	1074	5829	1873	8776	174,39	32,13	50,56

Chianche	42	296	122	460	290,48	41,22	55,41
Grottolella	195	1199	406	1800	208,21	33,86	50,13
Montefredane	240	1384	491	2115	204,58	35,48	52,82
Petraro Irpino	35	173	85	293	242,86	49,13	69,36
Pietrastornina	161	910	376	1447	233,54	41,32	59,01
Prata di Principato Ultra	337	1860	530	2727	157,27	28,49	46,61
Pratola Serra	498	2414	713	3625	143,17	29,54	50,17
Rocbascerana	274	1528	525	2327	191,61	34,36	52,29
Rotondi	467	2263	694	3424	148,61	30,67	51,30
San Martin Valle Caudina	580	3145	1046	4771	180,34	33,26	51,70
Torrioni	22	292	137	451	622,73	46,92	54,45
Tufo	61	510	222	793	363,93	43,53	55,49
TOTALE	10539	59623	21616	91778	205,10	36,25	53,93

DISTRETTO 04 – Atripalda - Comuni: n. 28							
Superficie 8.59 kmq – Densità abitativa: 1.276,83 ab/kmq							
COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Atripalda	1225	6991	2224	10440	181,55	31,81	49,33
Aiello del Sabato	532	2727	729	3988	137,03	26,73	46,24
Candida	149	723	213	1085	142,95	29,46	50,07
Castelvetere Sul Calore	178	945	380	1503	213,48	40,21	59,05
Cesinali	345	1749	464	2558	134,49	26,53	46,26
Chiusano S. Domenico	238	1353	502	2093	210,92	37,10	54,69
Lapio	147	939	346	1432	235,37	36,85	52,50
Manocalzati	364	2040	620	3024	170,33	30,39	48,24
Montefalcione	360	1999	768	3127	213,33	38,42	56,43
Montefusco	110	793	310	1213	281,82	39,09	52,96
Montemarano	287	1571	764	2622	266,20	48,63	66,90
Montemiletto	571	3261	1211	5043	212,08	37,14	54,65
Montoro	2964	12977	3307	19248	111,57	25,48	48,32
Parolise	68	405	166	639	244,12	40,99	57,78
Pietradefusi	162	1243	509	1914	314,20	40,95	53,98
Salza Irpina	63	467	191	721	303,17	40,90	54,39
San Mango Sul Calore	96	691	289	1076	301,04	41,82	55,72
San Michele di Serino	298	1644	484	2426	162,42	29,44	47,57
San Potito Ultra	148	981	328	1457	221,62	33,44	48,52
Santa Lucia di Serino	186	896	314	1396	168,82	35,04	55,80
Santa Paolina	117	745	304	1166	259,83	40,81	56,51
Santo Stefano del Sole	241	1367	452	2060	187,55	33,07	50,69
Serino	845	4339	1459	6643	172,66	33,63	53,10
Solofra	1658	8130	2263	12051	136,49	27,84	48,23
Sorbo Serpico	48	367	117	532	243,75	31,88	44,96
Torre le Nocelle	120	788	274	1182	228,33	34,77	50,00
Venticano	283	1439	553	2275	195,41	38,43	58,10
Volturara Irpina	346	1881	776	3003	224,28	41,25	59,65
TOTALE	12149	63451	20317	95917	167,23	32,02	51,17

DISTRETTO 06 – Baiano - Comuni n. 13							
Superficie 12,29 kmq – Densità abitativa 385,84 ab/kmq							
COMUNE	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Baiano	551	2919	984	4454	178,58	33,71	52,59
Avella	1094	5065	1402	7561	128,15	27,68	49,28
Domicella	277	1214	347	1838	125,27	28,58	51,40
Lauro	413	2113	756	3282	183,05	35,78	55,32
Marzano di Nola	233	1075	306	1614	131,33	28,47	50,14
Moschiano	218	1060	287	1565	131,65	27,08	47,64
Mugnano del Cardinale	624	3416	1079	5119	172,92	31,59	49,85
Pago del Vallo di Lauro	233	1209	327	1769	140,34	27,05	46,32
Quadrelle	259	1205	337	1801	130,12	27,97	49,46
Quindici	235	1170	439	1844	186,81	37,52	57,61
Sirignano	404	1939	475	2818	117,57	24,50	45,33
Sperone	520	2456	647	3623	124,42	26,34	47,52
Taurano	187	983	307	1477	164,17	31,23	50,25
TOTALE	5248	25824	7693	38765	146,59	29,79	50,11

ASL AVELLINO	0 - 14	15 - 64	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
TOTALE	47434	260105	92084	399623	185,59	34,07	52,43

Popolazione da 65 a 100 e più aa 92.084 (23% sul totale):
di cui 41.152 maschi e 50.932 femmine

Popolazione da 0 – 14 aa 47.434 (12 % sul totale):
di cui 24.235 maschi e 23.199 femmine

Popolazione straniera residente 12.948 di cui 5.748 maschi e 7.200 femmine

TOTALE POPOLAZIONE: 399.623 (di cui maschi 195.796 e femmine 203.827) + **12.948** popolazione straniera (di cui 5.748 maschi e 7.200 femmine) = **412.571**
(Dati Istat 01.01.2022)

Si riporta di seguito la popolazione residente al 1.1.2022 distinta per grandi classi d'età e per Distretto.

Classi d'età	Distretto						TOTALE	% stranieri
	Ariano Irpino	Monteforte Irpino	S. Angelo dei L.	Avellino	Atripalda	Baiano		
0-14	8833	4664	6001	10539	12149	5248	47434	3,41%
15-64	51169	23647	36391	59623	63451	25824	260105	4,07%
65 e oltre	20459	7032	14967	21616	20317	7693	92084	0,79%
TOTALE	80461	35343	57359	91778	95917	38765	399623	8,27%

Fonte: ISTAT, Anno 2022, <http://www.demo.istat.it>

- **Analisi del contesto interno**

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

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

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

La Rete Ospedaliera della ASL		
	Presidio Ospedaliero S. Ottone Frangipane di Ariano I. Presidio Ospedaliero Criscuoli Friari di S. Angelo dei L.	n. p. l. 330 + 18 SPDC + 8 DH SPDC totale n. 356 p.l.
Le Strutture Territoriali		
Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia		
Pain Control Center Hospice		n. 10 p.l. per adulti
RSA pubblica R3D disabili		n. 20 p.l.
Speciali Unità per l'Accoglienza Permanente – SUAP per i pazienti in SV e di MC		n. 10 p.l. per adulti
Struttura Intermedia Residenziale per il trattamento di pazienti psichiatrici Estensiva - SIRE		n. 18 p.l.
Ospedale di Comunità - OdC		n. 10 p.l.
Hospice	Pain Control Center Hospice di Solofra	n. 12 p.l.
RSA pubblica	RSA Anziani di Nusco e Modulo Demenze n. 48 p.l. in corso processo di riconversione in R3 n. 40p.l. ed R2D n. 8 pl. e CDCD	n. 48 p.l.
Centro Alzheimer Pubblico	Centro Diurno di Avellino	n. 10 posti
Centro per l'Autismo	Centro diurno per l'Autismo di S. Angelo dei L.	n. 20 posti giovani adulti + 10 posti adolescenti
Centro Riabilitazione	Centro Riabilitazione Età Evolutiva - Centro Australia di Avellino	ambulatoriale
REMS	REMS di S. Nicola Baronia	n. 20 p.l.
Strutture per l'Assistenza Penitenziaria	Articolazione funzionale del Carcere di Sant'Angelo dei Lombardi	n.10 p.l.
CAD pubblico	Centro Antidiabetico di Lioni Centro Antidiabetico di Montoro	ambulatoriale
Postazioni 118	n. 16 di cui 1 PSAUT presso SPS Bisaccia e n.15 postazioni STIE	
Consultori	n. 17	
Ambulatori vaccinali	n. 20	
Dipendenti	n. 1505 (Fonte GRU al 31.12.2021)	
Rapporto dipendenti/residenti	0,36 %	
Convenzionati	MMG (al 15 aprile 2022)	n. 265
	PLS (al 15 aprile 2022)	n. 41
	Medici Continuità Assistenziale (al 15 aprile 2022)	n. 112 titolari n. 98 sostituti
	Specialisti ambulatoriali distrettuali	ore totali n. 2.600

	Medici SAUT (al 15 aprile 2022)	n. 70 di cui n. 52 dipendenti n. 18 convenzionati
Strutture Private Accreditate con il SSR		
Strutture	Case di Cura	n. 6
	Laboratori Aggregazioni Laboratoristiche	n.25 n.6
	Radiodiagnostica Radioterapia Medicina Nucleare in vivo	n. 6 n.1 n.1
	Diagnostica Cardiovascolare	n. 2
	Centro specialistico Neurologico	n.1
	Centri Antidiabetici	n. 3 e n.2 in corso
	Centri di Dialisi	n. 8
	Strutture residenziali Psichiatriche SIRE e SIRI	n.3
	Riabilitazione ex Art. 26	n. 9
	Recupero e Riabilitazione Funzionale FKT	n.10
	Speciali Unità di Accoglienza Permanente SUAP	n.1
	Strutture per le Dipendenze	n. 1 ed n.1 in corso
	RSA Anziani	n. 5
	RSA Disabili	n. 5
	Cure Termali	n.1

• Criticità ed opportunità

L'attuazione dell'atto aziendale, l'applicazione dei regolamenti aziendali, i modelli gestionali ed organizzativi rappresentano una necessità ma, al contempo, un'opportunità di crescita e di sviluppo dell'organizzazione e del patrimonio professionale.

A livello organizzativo, nei prossimi anni sarà fondamentale da parte dell'Azienda cogliere le opportunità offerte dai programmi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che, in risposta alla crisi pandemica, consentiranno di realizzare investimenti e riforme di portata e ambizione inedite. In tale ambito, la principale sfida per l'Azienda riguarderà la riorganizzazione territoriale con il potenziamento dell'assistenza e della rete sanitaria, anche attraverso un'attenta pianificazione dei significativi interventi di investimento da realizzare utilizzando gli specifici finanziamenti.

Con riferimento al patrimonio professionale di cui l'Azienda è dotata, si evidenzia come già nel corso degli ultimi due anni sia stato possibile contenere gli effetti negativi legati alla gestione dell'emergenza COVID-19 solo grazie alla professionalità, al senso di responsabilità e di abnegazione di tutto il personale.

Nei prossimi anni, l'attuazione del nuovo atto aziendale darà l'opportunità di adottare un sistema di governo delle risorse umane che favorisca ancor di più la valorizzazione delle singole professionalità, prevedendo anche percorsi di sviluppo nel rispetto della normativa vigente e delle somme disponibili nei fondi contrattuali e garantendo, nel contempo, stabilità e flessibilità dell'assetto organizzativo.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

• VALORE PUBBLICO

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

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

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

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

• PERFORMANCE

In questa sezione si riportano gli obiettivi che la ASL Avellino intende perseguire, nel prossimo triennio, al fine di incrementare il valore pubblico, ovvero il benessere sanitario e socio sanitario dei cittadini.

Nella predisposizione del sistema degli obiettivi sono stati considerati gli obiettivi assegnati al Direttore Generale con DGRC n. 368/2019, il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA ed il contrasto alla pandemia sanitaria Covid-19, comunque tuttora in corso, che rappresentano il riferimento principale della programmazione aziendale e che sono legati allo sviluppo delle linee strategiche sulle quali l'azienda fonda la propria programmazione.

Obiettivi di carattere generale:

- .1. adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali *do* governativi;
- .2. raggiungimento equilibrio economico dell'Azienda sanitaria;
- .3. predisposizione ed attuazione nuovo atto aziendale in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete Territoriale;
- .4. adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario campano di cui al DCA 99/2019 e DGRC n. 19/2020;
- .5. prosecuzione e conclusioni delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso l'attuazione del percorso di certificabilità;
- .6. il rispetto dei tempi di pagamento.

Obiettivi specifici di natura preliminare

- erogazione dei LEA attraverso specifici indicatori della cosiddetta griglia LEA;
- rispetto tempi d'attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

Ulteriori obiettivi tematici

- Integrazione ospedale /territorio;
- Assistenza ospedaliera;
- Assistenza distrettuale;
- Cure domiciliari;
- Flussi informativi NSIS;
- Programma nazionale esiti.

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

Al fine di sostenere il valore pubblico come descritto nel paragrafo precedente , si tracciano di seguito le linee strategiche aziendali che coprono l'arco temporale del triennio:

1. Sviluppo medicina di prossimità
2. Potenziamento attività ospedaliera
3. Introduzione servizi digitalizzati e sicurezza dei dati
4. Equità, pari opportunità, garanzia di accesso alle cure

Dette linee unitamente agli obiettivi operativi indicati, sono state definite coerentemente con i programmi operativi regionali, con la pianificazione in materia di investimenti in edilizia sanitaria, con la programmazione economico-finanziaria regionale ed aziendale, con le misure attuative del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR.

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

Obiettivi operativi

- a) Attivazione nuovi Ospedali di Comunità – OdC
- b) Realizzazione Case di Comunità - CdC
- c) Attivazione Centrali Operative Territoriali – COT
- d) Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale
- e) Gestione del rischio clinico in ambito territoriale

a) Attivazione nuovi Ospedali di Comunità – OdC

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

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

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

L'allocazione dell'OdC, inoltre, nel contesto della Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia rappresenta un laboratorio di prova aziendale per definire percorsi integrati di assistenza sanitaria e socio sanitaria, nelle aree dove la particolare orografia e la ridotta intensità abitativa, orientano per un maggiore sviluppo dell'approccio della medicina di prossimità. Sulla base di tale esperienza l'Azienda ha inserito la progettualità di ulteriori 4 Ospedali di Comunità in coerenza con le indicazioni del PNRR previsti nella Missione 6, nel piano di investimenti regionale in materia, in corso di finanziamento:

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Attivazione nuovi Ospedali di Comunità	Indizione gare per ristrutturazione/adeguamento sedi	n. 2 OdC	n. 2 OdC	
	Indizione gare per i servizi	n. 2 OdC	n. 2 OdC	
	Definizione piano organizzativo distrettuale	n. 2 OdC	n. 2 entro giugno 2023	
	Attivazione ricoveri	n. 2 OdC	n. 2	
	Adozione sistematica del monitoraggio delle attività in OdC		n. 4 OdC	implementazione

b) Realizzazione Case di Comunità – CdC

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

La Casa di Comunità rappresenta la sede ideale per il coordinamento e l'integrazione con il sistema dei servizi sociali, proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito.

L'organizzazione delle attività nella CdC permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC, in modo da garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

L'obiettivo è quello di garantire in modo coordinato:

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

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

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Realizzazione Case di Comunità	Indizione gare per ristrutturazione/adequamento sedi	n. 2 di 10	n.3 di 10	n.5 di 10
	Indizione gare per realizzazione servizi	n. 2 di 10	n.3 di 10	n.5 di 10
	Definizione piano organizzativo distrettuale con i MMG/PLS/SPEC AMB	n. 2 di 10	n.3 di 10	n.5 di 10
	Attivazione dei percorsi multidisciplinari di raccordo con gli altri livelli assistenziali	Almeno 3 di tutti quelli previsti da normativa regionale	Tutti quelli previsti da normativa regionale	Implementazione ed aggiornamento dei percorsi

c. Attivazione Centrali Operative Territoriali – COT

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

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

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

Nella Asl Avellino è prevista la realizzazione di n.4 Centrali Operative territoriali e nello specifico:

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Centrali Operative Territoriali	n. di COT attivate	n. 2 di 4	n. 2 entro giugno 2023	
	Definizione piano organizzativo	n. 2 di 4	n. 2 entro giugno 2023	

d) Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale

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

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

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Assicurare sistematicamente la Teleassistenza nella Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)	Attivazione Teleassistenza domiciliare	Attivazione per il 50% dei pazienti in ADI	Estensione al 100% dei pazienti in ADI	Estensione al 100% dei pazienti in ADI
Estensione del sistema di teleconsulto, già operativo nella Nutrizione Artificiale Domiciliare, alle strutture residenziali	n. di strutture per le quali il servizio dovrà essere attivato con piattaforma Sinfonia	Estensione al 30% delle strutture	Estensione al 50% delle strutture	Estensione al 100% delle strutture
Attivazione della televisita specialistica presso i Centri Anti Diabete aziendali CAD	Attivazione della Piattaforma Sinfonia di telemedicina	Attivazione presso i 2 CAD aziendali	Estensione ai nuovi CAD	Estensione ai nuovi CAD
	Creazione delle agende di prenotazione attraverso il CUP regionale, in relazione all'operatività del livello regionale	Rilascio delle funzionalità di televisita per i CAD	Estensione del sistema i nuovi CAD	Estensione del sistema i nuovi CAD
Miglioramento gestione screening oncologici attraverso	% di Inviti gestiti su canale mail	100%	100%	100%

l'utilizzo del sistema informativo regionale Sinfonia Piattaforma Screening	Adesione all'invito on line	Almeno il 50%	100%	100%
Integrazione tra i Servizi di Tutela della Salute in Carcere e la sede centrale del Dipartimento di Salute Mentale	Attivazione teleconsulto su Piattaforma Sinfonia	Rilascio della funzionalità per 1 Istituto Penitenziario Pilota per il 100% delle richieste di teleconsulto	100%	100%
	Definizione protocollo operativo	SI		

e) Gestione del rischio clinico in ambito territoriale

La ASL Avellino partecipa ai programmi di gestione del rischio in collaborazione con il coordinamento regionale sull'argomento e in considerazione dell'ampliamento dell'offerta di assistenza sanitaria e socio sanitaria residenziale territoriale, intende sperimentare la diffusione delle raccomandazioni aziendali sulla prevenzione dei rischi in ambito sanitario, prioritariamente elaborate per il contesto ospedaliero, anche negli altri livelli assistenziali intermedi.

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Estensione delle raccomandazioni sulla gestione del rischio in ambito territoriale	Elaborazione dei documenti per adattamento al contesto residenziale	Almeno 3 raccomandazioni	10 raccomandazioni	19 raccomandazioni
	Formazione degli operatori delle strutture intermedie	n. corsi attuati/totale delle strutture interessate = 20%	n. corsi attuati/totale delle strutture interessate = 50%	n. corsi attuati/totale delle strutture interessate = 100%
	Audit finalizzato al monitoraggio delle raccomandazioni	n. audit effettuati	n. audit effettuati	n. audit effettuati

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

Obiettivi operativi

- a) Attivazione Nuove Unità Operative
- b) Integrazione funzionale con le altre strutture presenti sul territorio

a) Attivazione Nuove Unità Operative

Nel corso del 2020 e per parte del 2021, le attività di ricovero ospedaliero dei Presidi aziendali sono state fortemente condizionate dalla gestione dell'emergenza Covid-19 e dalle fasi di rimodulazione e riconversione dei posti letto in funzione delle esigenze dei pazienti positivi. Nel prossimo triennio proseguirà il percorso basato sulla focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità

di luogo di cura per patologie acute e complesse, attraverso l'adozione di modalità organizzative di offerta dei servizi ospedalieri coerenti con il Piano Ospedaliero Regionale e con l'evolversi della domanda e del bisogno, al fine di garantire una più efficace e concreta tutela della salute pubblica. La programmazione aziendale prevede, con particolare riguardo, l'implementazione dell'Ospedale "S. Ottone Frangipane" di Ariano I., con attivazione di nuove unità operative e conseguente sviluppo della sua capacità produttiva.

In particolare la realizzazione del Servizio di Radioterapia presso lo stesso Presidio Ospedaliero di Ariano I., ha lo scopo di offrire ai pazienti oncologici, un trattamento adeguato ed il raggiungimento di determinati standard qualitativi, contribuendo a fare un ulteriore passo verso la formazione della rete radioterapica in grado di rispondere al fabbisogno dell'intero territorio.

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Attivazione della Unità Operativa di Urologia	Attivazione procedure di reclutamento del personale	SI		
	Definizione ed attuazione piano organizzativo /ricoveri		SI	implementazione
Attivazione Unità Operativa di Oculistica	Reclutamento personale	SI		
	Definizione ed attuazione piano organizzativo/ricoveri		SI	implementazione
Attivazione Unità Operativa di Otorinolaringoiatria	Reclutamento personale	SI		
	Definizione ed attuazione piano organizzativo/ricoveri		SI	implementazione
Realizzazione Servizio di Radioterapia	adeguamento strutturale/tecnologico	SI		
	Definizione ed attuazione piano organizzativo- avvio attività		Entro la fine dell'anno	
Attivazione ricoveri UO Cardiologia P.O. di S. Angelo dei L.	Definizione ed attuazione piano organizzativo/ricoveri	Entro luglio		

b) Integrazione funzionale con le altre strutture presenti sul territorio

I tre livelli di assistenza primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa. In linea con il Piano Regionale la Azienda stabilisce l'implementazione prioritaria dei PDTA relativi alle condizioni croniche di patologia quale Diabete, BPCO, Scopenso Cardiaco, Nefropatie, SLA, Demenze, cogliendo l'opportunità del modello di ri-orientamento dell'assistenza territoriale introdotto dal PNRR: il presupposto fondamentale è che la Casa di Comunità e la Centrale Operativa Territoriale possano creare l'ambito organizzativo ideale per la completa attuazione dei percorsi e per il più funzionale raccordo con le strutture ospedaliere.

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

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

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Attivazione servizio di teleconsulto tra la UO di Gastroenterologia e le UU.OO. di medicina, Chirurgia, Radiologia del PO di S. Angelo dei L.	n. di richieste di teleconsulto attivate	% di attività realizzate	100%	100%
Implementazione PDTA Oncologici	Partecipazione ai GOM attivati in team con le strutture ospedaliere	100%	100%	100%
Ampliamento dell'offerta di Prestazioni Specialistica ambulatoriale PACC	Attivazione Piano di Recupero Liste di Attesa	SI	Azzeramento liste d'attesa	100%
	n. di PACC attivi in ambito territoriale/tot attivabili	10%	50%	100%

• **Linea strategica n. 3 – Introduzione servizi digitalizzati e sicurezza dei dati**

- a) Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- b) Miglioramento dell'accoglienza del cittadino
- c) Implementazione dei supporti informativi per il monitoraggio dei LEA
- d) Ampliamento sistemi di sicurezza dei dati

Lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi è sostenuto anche da soluzioni tecnologiche interoperabili al fine di abilitare la condivisione delle informazioni cliniche dei pazienti tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. In questa visione il cittadino è al centro del suo percorso che non si limita alla cura, ma include la prevenzione, l'accesso ai servizi e il monitoraggio (della terapia, dello stile di vita, ecc.) a seguito delle prestazioni ricevute. In questo senso, l'Azienda intende migliorare la progettazione e realizzazione di servizi digitali a supporto dei processi di accoglienza del cittadino/paziente (prenotazione, pagamento, refertazione, scambio documentale) e dell'erogazione dei servizi di cura e assistenza come richiamato nelle precedenti linee strategiche, per rispondere all'esigenza di maggior flessibilità e adattabilità dei servizi in funzione dello specifico profilo del paziente.

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
a) Implementazione del FSE come da programmazione regionale	Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico referti di radiologia , referti di PS, lettere di dimissione, laboratorio di analisi	Alimentazione verbali di PS, referti di radiologia, lettere di dimissione. Referti di laboratorio		
	Attivazione FSE per referti di laboratorio nelle strutture accreditate	Alimentazione referti di laboratorio	implementazione	
	Adozione delle Procedure per attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Specialistica ambulatoriale		referti di specialistica ambulatoriale	
b) Attivazione fruizione referti on line	Rendere fruibile sul Portale aziendale i referti on line	referti di laboratorio di analisi/radiologici		
c) Realizzazione supporto informativo LEA secondo il Nuovo Sistema di Garanzia	Progettazione di soluzione informatizzata a supporto del monitoraggio LEA/NSG	Documento di studio	Sviluppo ed applicazione	
c) Ampliamento sicurezza dei Dati - CyberSecurity	Introduzione dei doppi livelli di identificazione per gli accessi alle reti di connettività dell'ASL	30% delle reti VPN	100%	
	Applicazione dei software di sicurezza sulle postazioni di lavoro informatiche attive sulla rete locale aziendale	30% delle postazioni	100%	

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

L'applicazione del Piano della Medicina di Genere predisposto dal Ministero della Salute ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della Legge 11 gennaio 2018 n. 3., nonché la DGRC n. 618 del 2020 obiettivi di Piano, prevedono l'introduzione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire sul territorio di competenza dell'ASL di Avellino tutte le prestazioni previste dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Le diversità nei generi si manifestano:

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

La ASL Avellino intende partecipare, per quanto di competenza, ad approfondire le conoscenze scientifiche diversificando l'approccio alle cure mediche di patologie: cardiovascolari, tumorali, metaboliche, osteoarticolari, neurologiche, infettive, autoimmunitarie anche derivanti dall'esposizione ad agenti inquinanti e/o tossici ambientali. Devono inoltre essere considerate le criticità relative allo stato di salute delle persone transessuali e intersessuali che, pur condividendo molte delle esigenze sanitarie della popolazione generale, presentano particolari necessità specialistiche e personalizzazione delle terapie.

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione nell'ottica di genere	Predisposizione di protocolli orientati alla medicina di genere per alcune patologie	Analisi delle priorità e definizione ambito	Attuazione dei protocolli	implementazione
Qualificare la comunicazione operatore - utente nell'ottica delle pari opportunità	Attivazione di percorsi formativi specifici per area di applicazione (emergenza, Continuità Assistenziale, Attività ambulatoriale, Ricovero, ecc.	20% di personale formato	50% di personale formato	100% di personale formato
Realizzare nell'ambito delle strutture di nuova istituzione percorsi agevoli e facilitanti	Attivazione percorso non vedenti/ ipovedenti; ecc	Attivazione protocollo con le Associazioni di categoria	Realizzazione percorsi nei PP.OO. aziendali	Estensione percorsi alle strutture territoriali

• **Performance, anticorruzione e trasparenza**

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

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

Obiettivo operativo	indicatore	2022	2023	2024
Anticorruzione - Attuare le misure per il contenimento del rischio corruttivo	Procedure attivate in riferimento alle misure di prevenzione di cui all'Allegato 2 al PIAO	SI	SI	
Trasparenza -	Produzione e pubblicazione del			

Rispetto degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'Allegato 3 al PIAO	dato come declinato dall'Allegato 3 al PIAO	SI	SI	
	verifica completezza/ formato del dato ed osservanza dei termini di pubblicazione	SI	SI	
Formazione del personale in materia di anticorruzione e trasparenza	Dirigenti delle strutture ad Alto rischio	100% entro novembre		
	Dipendenti che maggiormente operano in strutture ad Alto e Medio rischio	100% entro novembre		

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

Il piano di formazione in tema di anticorruzione e trasparenza programmato prevede e con maggiore dettaglio quanto segue:

A) per i Dirigenti delle strutture ad Alto rischio, un progetto formativo di 9 ore distinto in tre moduli divisi dedicati allo studio dell'impianto della normativa in generale, natura penale e di quella della natura amministrativa. Lo stesso sarà completato entro Novembre 2022, inoltre sono previsti incontri bimestrali con tutti i referenti del RPCT per la valutazione dello stato di attuazione del Piano ed eventuale risoluzione di problematiche intercorse;

B) per i Dipendenti che maggiormente operano in strutture ad Alto e Medio rischio è previsto un modulo di formazione, anche alla luce della eventuale rotazione, da effettuarsi per tutti entro il 30 Novembre 2022, previa comunicazione del personale da formare da parte dei direttori di UOC Responsabili.

• RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sezione definisce il sistema di prevenzione della corruzione organico e di garantirne una concreta attuazione, indicandone gli strumenti, le fasi e gli obiettivi operativi, al fine di giungere, altresì, alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia, a livello nazionale, in particolare dalla L. 6 novembre 2012, n. 190, e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, (ANAC) con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA).

I soggetti coinvolti nelle misure di prevenzione della corruzione sono tutti i direttori delle strutture ad alto rischio (come da tabella allegata) ed i dipendenti afferenti alle loro strutture ed indicati anche per l'inserimento e l'aggiornamento dei dati nella sezione trasparenza.

Ognuno per quanto di competenza verifica e gestisce il rischio di fenomeni corruttivi nell'ambito delle proprie strutture secondo le modalità individuate in precedenza e relaziona annualmente al RPCT essendo diretto responsabile sia nelle attuazioni delle misure che della loro efficacia.

Le modalità di predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO tengono conto delle indicazioni ANAC per l'individuazione dei rischi correttivi e del loro contrasto, nonché delle norme sulla trasparenza indispensabili per la visibilità dell'Azienda e la valutazione delle attività svolte.

• Obiettivi e azioni del piano

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

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

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

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

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

- **Il responsabile della prevenzione della corruzione**

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

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

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

Sono da intendersi quali referenti del RPCT tutti i direttori di Dipartimento, delle UOC Centrali, i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e i Direttori Sanitari dei distretti.

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

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

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

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

- **Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi presso la Pubblica Amministrazione (D. Lgs n. 398 aprile 2013)**

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione ha il compito di monitorare, che nell'Amministrazione siano rispettate le norme stabilite dal Decreto Legislativo n. 39 in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di natura dirigenziale. L'art. 15 del suddetto Decreto stabilisce che il Responsabile venuto a conoscenza contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza della situazione di inconferibilità o incompatibilità all'incarico e segnala agli Enti preposti i casi di possibile violazione.

Nel Decreto si definisce "inconferibilità" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che: abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale anche con sentenza non passata in giudicato; che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione; che siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

Si definisce, inoltre, "incompatibilità" 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 lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che conferisce l'incarico.

Preso atto della delibera n. 58/2013 della CIVIT (Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche): "Parere sull'interpretazione e sull'applicazione della D. Lgs n. 39/2013 nel settore sanitario", le norme si applicano a tutti i Direttori

di Distretto, i Direttori di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, ai Direttori di U.O.C., di U.O.S.D. e di U.O.S. ove vengano ravvisati da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, elementi di affinità con le UU.OO. sopra richiamate.

Eventuali modifiche e/o integrazioni del presente Piano in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi sono rinviate ad eventuali modifiche e/o integrazioni del D. Lgs. 39/2013 così come stabilito in conferenza unificata tra Governo, Regioni ed Enti locali il 24.07.2013.

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

- **Obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni (D. Lgs n.33 14 marzo 2013)**

La Legge, all'art. 1 comma 15, richiama la trasparenza dell'attività amministrativa come livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art.117 della Costituzione. Pertanto viene assicurata la pubblicazione, nei siti web delle Amministrazioni Pubbliche, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

Al successivo comma 16, la stessa Legge assicura, come livello essenziale di trasparenza dell'attività amministrativa, così come anche ribadito dalla Delibera ANAC n° 831 del 2016 la pubblicazione immediata dei seguenti procedimenti:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;
- c) concessione ed erogazioni di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

Il D. Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 intende la trasparenza come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme di controllo diffuso sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo di risorse pubbliche. Gli adempimenti degli obblighi previsti dal suddetto Decreto sono curati dal Responsabile del Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza, cui compete la definizione delle misure, dei modi e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

- **Codice di comportamento (Compiti dei Dirigenti e Dipendenti)**

Richiamato il comma 44 art. 1 della Legge che prevede, da parte dell'ASL di Avellino, l'adozione di un proprio codice di comportamento (linee guida dell'ANAC settembre 2016) dei dipendenti , nel caso di specie aggiornato con Delibera n° 148 del 31/01/2017 che integra e specifica il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013 n. 62. Nel Codice sono richiamati i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché il divieto di favorire con la propria condotta, il conferimento di benefici personali in relazione alle funzioni espletate.

Nelle finalità generali della Legge viene posta particolare attenzione allo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione nell'individuare strategie di lotta alla corruzione, attraverso il coinvolgimento diretto del personale dell'amministrazione; sarà quindi posta in essere una ricognizione finalizzata alla regolamentazione da adottare o aggiornare, ai sensi della Legge, nello svolgimento di procedimenti amministrativi.

Come già ricordato nel capitolo dedicato agli obblighi sulla trasparenza, l'impianto complessivo del Piano di prevenzione della corruzione contempla la collaborazione e la sinergia tra i Dirigenti responsabili delle partiture aziendali definite a rischio di fenomeni corruttivi e il Responsabile del Piano di prevenzione. Più in particolare, la citata Circolare n. 1 specifica le competenze in materia di

prevenzione della corruzione attribuite a tali Dirigenti: essi dovranno concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'area di responsabilità cui sono preposti; dovranno, inoltre, comunicare al Responsabile, con nota formale, entro e non oltre il 30 novembre di ogni anno, le prassi utilizzate nell'adempimento delle attività di competenza; ciò consentirà il monitoraggio e l'aggiornamento delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, formulando proposte volte a prevenire il rischio medesimo. La violazione di quanto contenuto nel piano triennale di prevenzione della corruzione, costituisce illecito disciplinare.

I Dirigenti responsabili dovranno comunicare ogni violazione segnalata, al fine di predisporre tempestivamente i procedimenti previsti dalla Legge. A tal proposito, il dipendente che segnala un illecito di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, viene tutelato in base all'art. 1 comma 51 della Legge.

Ogni dipendente, al momento dell'assunzione in servizio, viene invitato a prendere visione, sul Portale Aziendale, del Codice di Comportamento adottato dall'Azienda ASL di Avellino, Delibera n. 148 del 31.01.2017 unitamente al presente Piano.

L'ASL Avellino con Delibere n. 308 del 12.03.2019 "Approvazione nuovo Regolamento Procedimento disciplinare dipendenti area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, amministrativa, tecnica e professionale" e n. 309 del 12.03.2019 "Approvazione nuovo regolamento procedimenti disciplinari area comparto" ha definito le regole per gestire i procedimenti disciplinari.

• **Rotazione degli incarichi**

Nel corso dell'anno 2016 è stato approvato con Delibera del C.S. n° 246 del 23/02/2016 il regolamento dell'ASL Avellino per la rotazione degli incarichi e si è dato avvio alla procedura con la rotazione dei Direttori Sanitari dei Distretti Territoriali dell'ASL e dei presidenti e componenti delle commissioni medico-legali, NOC Aziendale e Tavoli Tecnici Aziendali.

Non si è dato ulteriore impulso a tale attività, essendo stato approvato dalla Regione Campania l'Atto Aziendale in data 25/09/2017 e sono in corso le procedure per l'attuazione dello stesso, anche in funzione della riorganizzazione aziendale che interverrà per effetto del DCA n. 103/2018.

Nel corso dell'anno 2021, visto il notevole numero di pensionamenti e la riorganizzazione dell'ASL, si è avuta una fisiologica rotazione degli incarichi a livello di Responsabili e di personale amministrativo dei vari uffici centrali.

• **Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

I Responsabili delle singole partiture aziendali fissano, sulla base della normativa vigente e sulla base dei regolamenti aziendali, i termini per la conclusione dei procedimenti; provvedono a darne comunicazione tempestiva al Responsabile della prevenzione della corruzione. Ogni quattro mesi i suddetti responsabili verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano al Responsabile del Piano su:

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

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

• **Monitoraggio dei rapporti fra Azienda e i soggetti con i quali intercorrono rapporti aventi rilevanza economica.**

Il Piano di prevenzione della corruzione definisce le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione.

I Responsabili delle U.O.C. interessate da tali rapporti, sottoporranno ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni, ai fornitori e alle ditte appaltatrici, dichiarazione sottoscritta di assenza di conflitto

di interesse, predisposta all'uso. In caso di conflitto di interesse, saranno attivate le procedure previste dalla normativa vigente in materia. Periodicamente sarà trasmesso al responsabile del Piano, un report sugli esiti di tale monitoraggio.

- **Aggiornamento e adeguamento del Piano**

Essendo stato adeguato alle linee guida ANAC nel corso del 2021 ed alla luce dei notevoli cambiamenti intercorsi in ASL sia causa COVID che pensionamenti, si provvederà nel corso del 2022, ad implementare i processi eventualmente necessari nelle varie strutture e comunicati dai nuovi Dirigenti preposti.

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

- **Valutazione del rischio**

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

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- ✓ identificazione
- ✓ analisi
- ✓ ponderazione del rischio.

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

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

I rischi vengono identificati:

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

L'attività di identificazione dei rischi è svolta dall'Azienda preferibilmente con il coinvolgimento dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza. Il coordinamento generale dell'attività è assunto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, con il coinvolgimento del O.I.V. (nelle funzioni di O.I.V.), il quale contribuisce alla fase di identificazione mediante le risultanze dell'attività di monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).

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

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

A) Area: acquisizione e progressione del personale

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

B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture

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

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

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

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

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

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

Per ciascun rischio catalogato l'Azienda stima il valore della probabilità e il valore dell'impatto. I criteri che è possibile utilizzare per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio

del processo sono indicati nella Tabella Allegato 5 del P.N.A.: “La valutazione del livello di rischio”. La stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. A tal fine, per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell’Azienda che sia utile per ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nell’Azienda, come – a mero titolo esemplificativo – i controlli a campione in casi non previsti dalle norme). La valutazione sull’adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell’Azienda. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell’esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L’impatto si misura in termini di:

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

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

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

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

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

• **Il trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo**

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell’individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione, che sono obbligatorie o ulteriori. Non ci sono possibilità di scelta circa le misure obbligatorie, che debbono essere attuate necessariamente nell’Azienda. Per queste, l’unica scelta possibile consiste nell’individuazione del termine entro il quale debbono essere implementate, qualora la legge lasci questa discrezionalità, qualificandolo pur sempre come perentorio nell’ambito del P.T.P.C.

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

In merito a ciò, il presente piano prevede la sola presenza in tabella della mappatura inerente le attività a rischio e i metodi per contrastarlo, visti i cambiamenti in seno all’Azienda e un generalizzato livello di superficialità nelle azioni di analisi dei processi organizzativi per il contrasto e la gestione del rischio di corruzione da parte dei responsabili UOC – UOSD in qualità di referenti del RPCT, nonostante gli stessi siano stati informati e formati sulle modalità di individuazione dei processi a rischio corruzione delle strutture da essi dirette.

Pertanto nel corso dell’anno 2022, saranno adottati atti specifici, che evidenzieranno le azioni per singola area o processo ritenuto a rischio, che diventeranno parte integrante del presente piano.

- **Le priorità di trattamento**

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

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

- **Il monitoraggio e le azioni di risposta**

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

- **Aree di rischio individuate dal P.T.P.C. dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino 2022/2024**

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

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

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

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

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

- area di attività della Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo);
- area di attività della Gestione Economica Finanziaria;
- area di attività dell'Assistenza Giuridico Legale;
- area di attività degli Affari Generali;
- area di attività del Provveditorato/Economato;
- area di attività della Gestione delle Risorse Umane;

- area di attività Tecnico Patrimoniale;
- area di attività della Gestione dei Sistemi Informatici;
- area di attività del Controllo di Gestione;
- area di attività dell' Assistenza Distrettuale;
- area di attività dell' Assistenza Ospedaliera;
- area di attività del Dipartimento di Prevenzione;

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

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

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

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

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

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

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

I suddetti procedimenti corrispondono alle seguenti aree di rischio:

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

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

A) Area: **acquisizione e progressione del personale**

B) Area: **affidamento di lavori, servizi e forniture**

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

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

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

In particolare, vengono confermate le macroaree già presenti nel precedente piano che sono state oggetto di controllo e, in più, all'interno delle stesse, vengono ribadite ulteriori aree di rischio generali e specifiche comprensive di fattori di rischio già attuati e sottoposti a continua valutazione come da Allegato 2 al presente documento.

Le macroaree interessate sono le seguenti:

- a) Gestione Risorse Umane → incarichi e nomine;
- b) Giuridico Legale → incarichi e nomine;
- c) Direzione Sanitaria Ospedaliera → attività conseguenti al decesso, ALPI
- d) Dipartimento di Prevenzione → controlli, verifiche e ispezioni;
- e) Provveditorato/ Economato → contratti e gare;
- f) Tecnico Patrimoniale → contratti immobili/ gare;
- g) Direzioni Sanitarie Distrettuali → controlli strutture private accreditate;
- h) Ufficio ALPI/ Commissione Paritetica ALPI → Attività libero professionale;
- i) Distretti Sanitari → Gestione Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- j) NOC/NIA/CCAA → Attività di vigilanza, controllo e ispezioni;

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

La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta, nel presente Piano costituirà oggetto di aggiornamento e di implementazione – da completarsi entro dicembre 2022, in termini di maggiore specificità nella indicazione delle sottoaree, delle attività e dei processi a rischio, salvo emergenti motivate esigenze che richiedano che siano, con immediatezza, apportate tempestive modifiche al PIAO aziendale.

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

• **Trasparenza**

La Trasparenza, è un livello essenziale delle prestazioni erogate dalla ASL Avellino ed è intesa come accessibilità totale alle informazioni, concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dell'ASL Avellino. La Sezione Trasparenza, definisce i modi e le misure volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Elaborazione al programma

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

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

L' integrità e la prevenzione della corruzione

In riferimento alla legalità ed alla cultura dell'integrità, la trasparenza risulta strumentale alla prevenzione della corruzione. È infatti il mezzo attraverso cui prevenire ed eventualmente svelare situazioni in cui possono annidarsi forme di illecito e di conflitto di interesse, per cui la Sezione Trasparenza è di fatto parte integrante del Piano della Prevenzione della Corruzione 2022 – 2024 e la rilevanza della pubblicazione di dati sul sito istituzionale, acquisisce notevole importanza proprio in riferimento alla prevenzione della corruzione.

Il responsabile della trasparenza

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

Sanzioni

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalle normative vigenti, costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione. Sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e dal trattamento economico collegato alla performance individuale dei Responsabili e del Personale tutto.

Pertanto, gli obblighi di pubblicazione legati anche alla prevenzione della corruzione, saranno direttamente collegati al piano della performance ed oggetto di valutazione da parte dell'OIV insieme agli Obiettivi Gestionali ricevuti dalla Direzione Strategica.

Compiti OIV

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

Giornata trasparenza

Sarà data ampia diffusione alla adozione del piano, mediante un comunicato stampa ed informative alle organizzazioni sindacali.

Entro Ottobre 2022, nell'ambito della Giornata della Trasparenza, sarà dato ampio risalto alle valutazioni nel frattempo effettuate dagli Stakeholder interni ed esterni all'azienda, al fine di aggiornare migliorare e rendere sempre più efficiente ed utile il Piano.

Carta dei Servizi

La riforma della Pubblica Amministrazione evidenzia la necessità di migliorare la qualità dei servizi pubblici ed in questa ottica l'ASL Avellino sta migliorando di continuo la Nuova Carta dei Servizi, anche alla luce dei cambiamenti in itinere e del nuovo Portale Aziendale in via di adozione definitiva.

Pubblicità e diritto alla conoscibilità

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

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

Accesso Civico

Introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico che si differenzia da quello già esistente del diritto di accesso introdotto dalla Legge n. 241/90 in quanto più ampio, meno farraginoso e selettivo, tendente ad accrescere il rapporto di fiducia tra cittadini e P.A. e a Promuovere il principio di legalità e di prevenzione della corruzione, riconoscendo a tutti i cittadini indistintamente il diritto di chiedere ed ottenere che le PP.AA. pubblichino atti, documenti ed informazioni che detengono per qualsiasi motivo, e che, per qualsiasi motivo, non abbiano pubblicato sul proprio sito.

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

Wistleblowing

In attesa di formalizzare il processo che permetta la realizzazione totale di tale sistema mediante il SIA Aziendale, è stata istituita casella di posta elettronica ad uso esclusivo del RPCT.

Limiti della trasparenza

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

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

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

Rimangono fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui all'art. 24, comma 1 e 6, della legge 7 agosto 1990, n° 332, di quelli previsti dalla normativa Europea materia di tutela del segreto statistico e di quelli che siano espressamente qualificati come riservati dalla normativa

nazionale ed Europea in materia statistica, nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione

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

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

I dati, le informazioni ed i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e comunque fino a che gli atti pubblicati producano gli effetti fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali.

Qualità delle informazioni

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

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

Struttura delle informazioni pubblicate

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

Tutela giurisdizionale

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

Norme di rinvio

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

Disposizioni Finali

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

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

I responsabili delle strutture interessate oltre alla pubblicazione dei dati sul sito Amministrazione Trasparente come già previsto dal precedente piano semestralmente relazioneranno al Responsabile Anticorruzione e Trasparenza in merito alle ulteriori aree di rischio presenti nel presente piano, onde poter adottare laddove necessari correttivi utili a determinare sempre più maggior trasparenza e riduzione del rischio di fenomeni corruttivi.

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

Il presente Piano verrà adeguato inoltre con le indicazioni che forniranno il Dipartimento della Funzione Pubblica e l'ANAC nei loro atti di indirizzo e potrà subire variazioni in seguito all'applicazione dell'Atto Aziendale approvato dalla Regione Campania in data 25/09/2017.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

- **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

L'Organigramma sotto riportato illustra l'articolazione delle strutture, al fine di descrivere l'organizzazione dell'ASL Avellino, così come definita nell'atto aziendale adottato con delibera n.1154 del 13/09/2017 e approvato dalla Regione Campania con DCA n. 40 del 252/09/2017.

- **Numero dipendenti assegnati alle strutture**

Di seguito si riporta la tabella contenente il prospetto riepilogativo delle risorse umane assegnate a ciascuna area:

Dipendenti al 31/12/2021

AREA COMPARTO	RUOLO SANITARIO	614
	RUOLO PROFESSIONALE	1
	RUOLO TECNICO	183
	RUOLO AMMINISTRATIVO	259
		1057
AREA DIRIGENZA PTA	RUOLO PROFESSIONALE	8
	RUOLO TECNICO	10
	RUOLO AMMINISTRATIVO	12
		30
AREA DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	390
AREA DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	RUOLO SANITARIO	28
TOTALE		1505

- **ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE**

L'ASL Avellino ha fatto ricorso al lavoro agile durante il periodo di emergenza da Covid 19.

In attuazione a quanto previsto dall' art 87 comma 1 e 2 del DL 18 del 17 marzo 2020 e s.m.i. è stato autorizzato lo smartworking per fronteggiare efficacemente l'emergenza sanitaria del 2020, consentendo di contemperare l'esigenza di contrasto alla pandemia con la necessità di continuità nell'erogazione dei servizi.

Con nota prot. 2088/DG del 14/03/2020 ad oggetto " Circolare recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica COVID-19 mediante l'adozione di modalità semplificate e temporanee di accesso al lavoro agile (smartworking)" è stato previsto il lavoro agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa , al fine di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività ritenute indifferibili e che richiedevano necessariamente la presenza sul luogo di lavoro. Tale circolare ha regolamentato il lavoro agile, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente.

In questa fase è stato demandato:

- 1) ai singoli Direttori/Responsabili di struttura, il compito di valutare quali attività potessero essere svolte in "modalità agile" e di autorizzare i dipendenti che ne avessero fatto richiesta;
- 2) all'UOC SII, quello di verificare la possibilità di attuare collegamenti informatici sicuri che potessero favorire il lavoro agile del singolo dipendente;
- 3) all'UOC GRU quello di consentire l'inserimento di apposito giustificativo nel sistema rilevazione presenze, nonché di comunicare all' INAIL i nominativi dei dipendenti in lavoro agile.

In merito allo stato di attuazione, si rappresenta che, da marzo a dicembre 2020 hanno lavorato in "Smartworking" con modalità semplificata, alternando giorni di lavoro in presenza, n. 109 dipendenti (di cui 63 femmine e 46 maschi).

Tale dato va considerato tenendo presente che l'ASL Avellino, per il ruolo e le finalità da perseguire, sia sul territorio sia attraverso n. 2 Presidi Ospedalieri, è abbastanza limitata nel ricorso al lavoro agile in quanto tale modalità di lavoro difficilmente è attivabile per il personale addetto ai servizi sanitari di cura e socio-assistenziali che richiedono contatti con i pazienti e gli assistiti, nonché per il personale che nella propria sede fa uso di strumentazioni non utilizzabili da remoto.

La tabella che segue rappresenta la distribuzione dei dipendenti che hanno svolto almeno una giornata di lavoro agile rispetto all'articolazione organizzativa dell'Azienda nel periodo marzo - dicembre 2020.

UNITA' OPERATIVA	N. DIPENDENTI
UOC Contabilità Generale	15
UOC Provveditorato	13
UOC AA.GG.	2
UOC GRU	3
UOC Qualità e accreditamento	2
UOC Formazione/ Formazione Universitaria	3
UOC Assistenza Giuridico Legale	7
UOC Farmacia Territoriale	2
UOC Tecnico Patrimoniale	1
UOSD ALMA	3
UOC SII	3
UO PPA	3
SERD	3
P.O. Ariano I /Direzione Sanitaria	2
P.O. S. Angelo L. /Direzione Sanitaria	4
UOC Neuropsichiatria	2
Distretto Avellino	11
Distretto S. Angelo	2

Distretto Atripalda	1
Distretto Baiano	2
Distretto Ariano	1
Dipartimento di prevenzione	24
Totale	109

Nel corso del 2021 si è chiusa per le pubbliche amministrazioni la fase del lavoro agile emergenziale. Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid19.

Il rientro "in presenza" del personale delle pubbliche amministrazioni è stato disciplinato da subito con il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021, pubblicato sulla G.U. n. 245 del 13/10/2021, che ha individuato le condizionalità e i requisiti necessari (organizzativi e individuali) per utilizzare il lavoro agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini assicurando un'adeguata qualità dei servizi.

L'Azienda in questa ultima fase ha favorito il rientro in presenza del personale, continuando ad accordare il lavoro in smartworking solo a pochi dipendenti qualificati quali "soggetti fragili", fino alla data di cessazione dello stato di emergenza .

- **Programmazione di sviluppo del lavoro agile in azienda**

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

A tal fine, si rendono necessarie nuove scelte organizzative che, sulla base di criteri da condividere con le Organizzazioni Sindacali, il Comitato Unico di Garanzia (CUG), l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e in linea con la disciplina del Lavoro Agile come definita dalle disposizioni della L. n. 81/2017 (art.18 e ss.), nonché del Decreto Ministro PA del 19.10.2020, dovranno interessare i seguenti ambiti:

Organizzazione del lavoro;

Spazi di lavoro;

Dotazione tecnologica;

Formazione e competenze;

Monitoraggio del Lavoro Agile.

L'organizzazione del Lavoro Agile richiede la valorizzazione del lavoro per obiettivi e la responsabilità dei risultati in vista del soddisfacimento dell'utenza.

E' necessario:

- individuare, in collaborazione con i direttori /responsabili delle UU. OO, i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto e quelli utili alla valutazione del grado di autonomia necessario per lo svolgimento delle attività da remoto;
- ridefinire i parametri di accesso alla modalità di Lavoro Agile, tenendo sempre presente il principio della volontarietà nell'adesione e ponendo particolare attenzione alla componente femminile;
- individuare la modalità più consona ai fini della conciliazione dei tempi di vita e tempi di lavoro, per non creare discriminazioni e/o isolamento, definendo, ad esempio, il numero di giorni a settimana previsti per usufruire del Lavoro Agile;
- prevedere la possibilità di una rotazione del personale per garantire un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile e in presenza, facendo attenzione nel dare priorità ai lavoratori fragili;
- garantire la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente, al fine di garantire pari dignità lavorativa, evitando di essere reperibili h 24.

Occorre, inoltre, che il dipendente, autorizzato al Lavoro Agile svolga la propria attività in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo.

Particolare attenzione deve essere rivolta anche alle tecnologie digitali, che costituiscono un fattore indispensabile, in quanto permettono di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro. Infine, il lavoro agile richiede necessariamente, attraverso la formazione, lo sviluppo di un set di competenze (soft, manageriali, tecniche e digitali) che consentano al lavoratore di svolgere al meglio e in autonomia il proprio lavoro e ai direttori/responsabili a programmare le attività e monitorare i risultati attraverso un sistema di reporting strutturato che possa consentire una più efficace organizzazione e gestione del lavoro (Documentazione di sintesi, su base settimanale o mensile).

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

• Azione n.1

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

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

In merito all'aspetto informatico, si precisa che già durante l'emergenza da Covid 19, per i servizi non raggiungibili via web, è stato consentito ai lavoratori agili l'accesso alla rete aziendale mediante VPN. E' in corso l'implementare di un doppio livello di autenticazione per accedere alla rete aziendale, al fine di soddisfare le esigenze di sicurezza. A breve verrà attivata una piattaforma informatica in Cloud che potrà soddisfare esigenze di videocomunicazione/videoconferenza,

produttività individuale e posta elettronica professionale. Tali servizi potranno essere utilizzati anche per il lavoro agile.

- **Azione n.2**

Una fase di sviluppo intermedio, prevede:

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

- **Azione n. 3**

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

Al fine di definire lo sviluppo del lavoro agile si prenderà il 2021 quale baseline definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi.

- **Conclusioni**

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

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

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

Gli indicatori previsti in relazione alle varie fasi del Piano di sviluppo del Lavoro Agile, sono riportati in allegato 4. Gli stessi rappresentano gli strumenti per effettuare il monitoraggio periodico dell'attuazione delle attività previste dal Lavoro agile.

- **FABBISOGNO DEL PERSONALE**

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

Le novità introdotte dal citato decreto legislativo n.75 del 2017 sono finalizzate a mutare la logica e la metodologia che le amministrazioni devono seguire nell'organizzazione e nella definizione del proprio fabbisogno di personale. Infatti la giusta scelta delle professioni e delle relative competenze professionali che servono alle amministrazioni pubbliche e l'attenta ponderazione che gli organi competenti sono chiamati a prestare nell'individuazione della forza lavoro e nella definizione delle risorse umane necessarie, appaiono un presupposto indispensabile per ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e per meglio perseguire gli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione di migliori servizi alla collettività.

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

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

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

In particolare, con deliberazione della Giunta Regionale della Campania n.593 del 22/12/2020 è stato approvato il documento Disciplinare Tecnico "Metodologia di determinazione del Fabbisogno di Personale SSR" e pertanto l'ASL Avellino ha definito il proprio Piano del Fabbisogno del Personale fondato su una complessiva analisi dei compiti istituzionali in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi.

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

Di seguito si riporta lo schema del Piano triennale del fabbisogno anni 2021-2023.

ASL AVELLINO

Piano Triennale Fabbisogno del Personale 2021 - 2023					
RUOLO	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2020	FABBISOGNO TETTO DI SPESA	2021	2022	2023
RUOLO SANITARIO	803	330	72	221	36
Dirigenti Medici	401	117	24	84	9
Dirigenti Sanitari	24	20	5	10	5
Personale del comparto area sanitaria	568	193	44	127	22
RUOLO TECNICO	180	124	15	84	25
Dirigenti	13	1		1	
Personale del comparto area tecnica	180	124	15	84	25
RUOLO PROFESSIONALE	10	1	1	1	
Dirigenti	9	1		1	
Personale del comparto area professionale	1				
RUOLO AMMINISTRATIVO	247	78	32	36	3
Dirigenti	11	7	1	3	3
Personale del comparto area amministrativa	236	69	32	36	
TOTALE	1440	631	124	346	64

* Totale personale comprensivo dell'organico previsto per l'U.O. Tubale della Salute in Carcere e per le REMS



[Handwritten signatures]

- **Formazione del Personale**

Assicurare salute e benessere alla collettività quale valore pubblico che la Asl Avellino intende realizzare nel prossimo triennio, sulla base delle linee strategiche indicate nella specifica sezione, richiede percorsi formativi progettati per migliorare e riqualificare le competenze interne all'Azienda. Per realizzare quanto previsto rispetto ai contenuti progettuali da contestualizzare e a modelli organizzativi innovativi descritti in precedenza riguardanti nuovi Distretti, Case di Comunità "hub & spoke", Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, da coordinare con PUA e CUP, e la costruzione di reti integrate sanitarie e sociali per filiere assistenziali per patologie prevalenti, diventa prioritario e necessario valorizzare al massimo le competenze interne con programmi mirati di formazione. Fondamentale risulta allo stato e a seguito della pressione senza precedenti vissuta dagli operatori durante l'emergenza pandemica, centrare la formazione su come gestire il cambiamento organizzativo e (ri)motivare gli operatori stessi, fornendo elementi di conoscenza che portano a "saper vivere" il cambiamento piuttosto che su elementi tecnico-professionali e favorendo l'approccio e le metodologie partecipanti maggiormente centrate sulle pratiche, piuttosto che sulle teorie.

Ciò premesso, in attesa delle eventuali indicazioni circa i contenuti tecnici riferiti proprio all'attuazione del PNRR, il Piano formazione da sviluppare nel prossimo triennio, si fonda sulle seguenti aree di intervento:

- Sicurezza Sul Lavoro
- Qualità delle Cure e del Rischio Clinico
- Comunicazione
- Lavoro Agile
- Trasparenza e Anticorruzione/ Privacy
- Trasformazione Digitale
- Innovazione amministrativa

Si precisa che, nell'ambito delle attività relative alla formazione e al fine di accompagnare la trasformazione digitale, l'ASL Avellino ha aderito all'iniziativa "Competenze digitali per la PA", promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) nell'ambito del Programma Operativo Nazionale "Governance e Capacità Istituzionale" l'iniziativa punta al consolidamento delle competenze digitali comuni a tutti i dipendenti pubblici, con l'obiettivo di accrescere la propensione complessiva al cambiamento e all'innovazione nella pubblica amministrazione; l'avvio del progetto sperimentale prevede *in primis* il *test* di autoverifica delle competenze digitali, e servirà nel corso dei prossimi mesi a indirizzare interventi di formazione tesi .

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

In questa sezione del documento sono illustrate le modalità con cui l'Azienda intende effettuare il monitoraggio degli obiettivi e delle misure elencate del presente Piano.

- ***Il Sistema di Misurazione della performance aziendale***

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

- programmazione strategica (livello strategico)
- programmazione operativa (livello operativo)
- monitoraggio degli obiettivi (sistema di controllo)
- valutazione degli obiettivi

La programmazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, nel rispetto dei principi e degli obiettivi nazionali e regionali, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

Il processo di programmazione e controllo direzionale è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento.

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

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

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

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

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

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

convenzionale da 3 a 3.9 punti. Punteggi superiori a questi sono indicativi di prestazioni spiccate e rilevanti, punteggi inferiori per prestazioni mediocri, modeste o inadeguate.

L'Azienda ritiene non necessario l'aggiornamento dell'attuale Sistema di Misurazione e Valutazione della performance (SMVP), considerando lo stesso adeguato, in considerazione delle evidenze emerse dall'esperienza applicativa del ciclo dell'anno precedente e del contesto organizzativo di riferimento.

- **Monitoraggio e riesame Rischi corruttivi e Trasparenza**

L'attività monitoraggio e riesame prevede la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato.

Esso si articola in due livelli:

- 1° livello – i dirigenti di unità operativa verificano che i protocolli di prevenzione, parte anche degli obiettivi annuali della performance, siano attuati e forniscono evidenze concrete dell'adozione delle varie misure, come richiesto nella relazione annuale al RPCT. I referenti individuati per le misure generali e i referenti responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione trasparente", presentano al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno una relazione sulle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle misure di trattamento, nonché su qualsiasi anomalia accertata, costituente la mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione azioni di correzione e monitoraggio continuo.

E' comunque altresì prevista una consultazione intermedia, al termine del primo semestre, volta a raccogliere eventuali segnalazioni particolari in merito all'andamento del percorso.

- 2° livello – il monitoraggio viene effettuato dal RPCT .

Per le attività a più alto rischio il monitoraggio di primo livello non è da ritenersi sufficiente e dovrà pertanto essere attuato un monitoraggio di secondo livello da parte del RPCT. Tale monitoraggio consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel Piano da parte delle singole unità operative, nonché la loro idoneità a ridurre il rischio corruttivo, secondo il principio della effettività.

L'attività di riesame consiste nel valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, anche allo scopo di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati. Il riesame è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi, secondo il principio del "miglioramento progressivo e continuo".

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio, al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Tale attività, coordinata dal RPCT, coinvolge anche l' OIV.

- **Monitoraggio PIAO**

Come suggerito dal Consiglio di Stato, Sezione normativa per gli atti normativi, nel parere n. 506/2022 espresso sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'art. 6, comma 5, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113", l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un'attività di verifica dell'idoneità del PIAO di attuare veramente una costante e progressiva

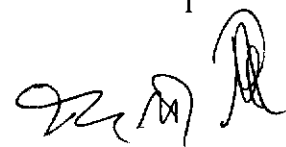
semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, arrivando progressivamente a eliminare tutto ciò che non è strettamente indispensabile e utile verso l'esterno, cioè per rendere migliore il servizio per i cittadini.

ALLEGATI

- **ALLEGATO 1 CRONOPROGRAMMA DELLE COMPETENZE**
- **ALLEGATO 2 MAPPATURA DELLE STRUTTURE A RISCHIO DI CORRUZIONE**
- **ALLEGATO 3 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**
- **ALLEGATO 4 PROGRAMMAZIONE SVILUPPO DEL LAVORO AGILE**

CRONOPROGRAMMA DELLE COMPETENZE

SOGGETTI	COMPETENZE/ ADEMPI- MENTI	TERMINI
Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT)	Proposta per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione	In tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Direttore Generale	Adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Pubblicazione del Piano sul sito web aziendale	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Divulgazione del Piano alle articolazioni aziendali e acquisizione della presa d'atto da parte dei dipendenti	entro 15 gg. Dalla sua adozione
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C.	Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C.	Attuazione del programma di formazione rivolto ai dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione	entro il 30 novembre di ogni anno
Direttori di U.O.C.	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sulle	Semestrale



	<p>procedure utilizzate e i controlli di regolarità e legittimità attivati, e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare le prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive</p>	
Direttori di U.O.C	<p>Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sul monitoraggio dei rapporti con i soggetti con i quali intercorrono rapporti a rilevanza economica</p>	Semestrale
Responsabile della prevenzione della corruzione	<p>Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al Direttore Generale e all'OIV; contestuale pubblicazione sul sito web aziendale</p>	entro il 15 dicembre di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Dirigenti competenti	<p>Rotazione dei dipendenti che curano i procedimenti nei settori esposti alla corruzione, previa definizione delle procedure di rotazione</p>	con decorrenza 2022, ove ricorrano le condizioni per tale rotazione

MAPPATURA DELLE STRUTTURE A RISCHIO DI CORRUZIONE

UNITA' OPERATIVE	PROCESSI E FASI LAVORATIVE	PROTOCOLLI DI PREVENZIONE	LIVELLO DI RISCHIO	OBBLIGO MONITORAGGIO
U.O. Contabilità Generale	Costi e pagamenti, ricavo incassi, bilancio e rendicontazione	Sistema centralizzato di ricezione fatture. Atti di liquidazione adottati dalle strutture competenti. Trasmissione alla UO Contabilità Generale per il pagamento e chiusura procedimento. Emissione di reversale di incasso che abbina i versamenti alla fattura di riferimento. Rendicontazione di cassa trimestrale, ed elaborazioni conto economico periodiche.	ALTO	Trimestrale
U.O. Provveditorato	Predisposizione capitolati di gara da parte di professionisti ASL in forma riservata	Riservatezza del capitolato di gara, contatti soltanto nella fase pubblica, custodia delle offerte e dei verbali sotto diretta responsabilità del Segretario della commissione di gara. Osservazione del principio di rotazione dei componenti la commissione di gara. Pubblicazione degli atti della procedura, compreso l'esito e l'importo di aggiudicazione	ALTO	Trimestrale
U.O. Provveditorato/Economato	Gestione casse economale gestione magazzini.	Gestione informatica, verifica collegio sindacale, verifica giacenze magazzino	ALTO	Trimestrale

	Acquisizione sotto soglia comunitaria,	Osservanza degli obblighi di ricorso a MEPA e CONSIP, procedure di gara con rotazione dei partecipanti, osservanza del codice degli appalti D.lgs 50/2016		
U.O. Tecnico Patrimoniale	Contratti immobili, gare	Aggiornamento continuo lista beni immobili, trasmissione alla Regione e comunicazione alla UO Affari Legali, rispetto del codice degli appalti D. lgs 50/2016. Rotazione commissione di gara, pubblicazione immediata.	ALTO	Trimestrale
U.O. Affari Generali	Convenzioni	Tenuta Repertorio delle convenzioni Attività di ricognizione dei fabbisogni aziendali e programmazione da coordinare con le procedure di assunzione del personale	ALTO	Trimestrale
U.O. Gestione Risorse Umane	Attività reclutamento del personale, bandi di mobilità, assunzioni, formulazione graduatorie e predisposizione contratti. Rilevazione presenze, controllo informatizzato.	Rispetto della normativa in materia; tracciabilità dei processi (verbali di commissione, Delibere); verifica sulle autocertificazioni; attività di coordinamento e controllo da parte del titolare di posizione organizzativa. Sistema informatizzato di rilevazione presenze che permette ai singoli Direttori/Responsabili delle UU.OO. di verificare le false attestazioni e di autorizzare le richieste di as-	ALTO	Trimestrale

	Pagamento emolumenti stipendiali	<p>senza e di omessa timbratura.</p> <p>Attività svolta sinergicamente fra i dipendenti afferenti al Settore Economico; attività di verifica e controllo prima e dopo l'elaborazione degli stipendi; appello al senso di responsabilità dei dipendenti; attività di coordinamento e supervisione da parte del titolare di posizione organizzativa.</p>		
U.O. Giuridico Legale	<p>Incarichi e nomine avvocati esterni</p> <p>Gestione sinistri</p>	<p>Short list attivata con bando pubblico e distinta e distinta per specializzazioni.</p> <p>Richiesta di partecipazione sempre aperta ed i nuovi inserimenti effettuati periodicamente.</p> <p>Conferimento degli incarichi previa valutazione comparativa dei curricula ed analisi dell'esperienza professionale in materia e dei precedenti positivi.</p> <p>Proposte di definizione discusse in sede di Comitato Valutazione Sinistri per il parere di competenza e successivamente sottoposte alla Direzione Strategica per l'approvazione.</p>	ALTO	Trimestrale
Ufficio Centrale ALPI	Disparità tra numero visite istituzionali e in ALPI,	Verifica sistematica requisiti di accesso, controllo mediante CUP verifica del	ALTO	Trimestrale

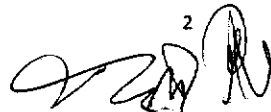
	rispetto liste di attesa, procedure di pagamento	rispetto del rapporto istituzionale ALPI anche alla luce del possibile superamento delle liste di attesa, verifiche attività specialistiche territoriali. Verifica periodica persistenza dei requisiti.		
Direzioni Sanitarie Ospedaliere	Attività conseguenti al decesso, ALPI, CUP, Cassa Ticket.	Gestione diretta con rotazione periodica del personale addetto. Controllo visite e liste di attesa, mediante CUP Aziendale, verifica mensile del rispetto attività istituzionale/ALPI, verifica attività ALPI in orario di servizio.	ALTO	Trimestrale
Dipartimento Prevenzione	Controlli, verifiche ed ispezioni	Data la complessità e la molteplicità delle attività effettuate si prevede la rotazione periodica del personale per ispezioni luoghi di lavoro ed attività commerciali, rilascio certificazioni sanitarie.	ALTO	Trimestrale
Direzioni Sanitarie Distrettuali	Vigilanza e controllo Strutture Sanitarie Accreditate.	NOC distrettuale con controlli periodici sulle prestazioni erogate dalle strutture accreditate, sia diretto che mediante il software GAUSS.	ALTO	Trimestrale
U.O. URP	Mancata trasparenza attività aziendali	Assicurare le attività connesse al Comitato Partecipativo e Consultivo, all'Audit civico, al Regolamento di pubblica tutela.	MEDIO	Trimestrale

U.O. Ser.D	Certificazione tossicodipendenza, inserimento comunità terapeutica, controllo e somministrazione farmaci stupefacenti.	Attivate procedure operative uniche nazionali. Controllo semestrale delle strutture disponibili. Tenuta del registro e verifica giornaliera del Responsabile e farmacista territoriale.	MEDIO	Trimestrale
Strutture accreditate	Requisiti idonei accreditamento	Il NUVA, CTM, CCAA in varia misura concorrono alla fase di accreditamento delle strutture e periodicamente ne valutano la persistenza dei requisiti. I Tavoli Tecnici Aziendali verificano il mantenimento delle COM, i NOC Distrettuali concorrono alle verifiche.	ALTO	Trimestrale

Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UPD SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs n. 33/2013	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA
				Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA
				Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA
Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA	
Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA	
Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA	

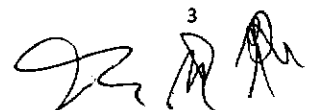
1


Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	(da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	ROOA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	ROOA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ROOA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	ROOA
Articolazione degli uffici		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE GRU
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Telefono e posta elettronica		Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SIA
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SIA - GIURICO LEGALE - GRU TECNICO PATRIMONIALE
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE	

2


	consulenza	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	GRU GIURIDICO LEGALE
				Per ciascun titolare di incarico:		GRU
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	GRU
				Per ciascun titolare di incarico:		GRU
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Titolari di incarichi	Art. 14, c. 1, lett. c) e c.		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU

Personale

3


dirigenziali (dirigenti non generali)	1-bis, d.lgs. n. 33/2013	dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	GRU
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	GRU CURE PRIMARIE
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	GRU CURE PRIMARIE
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Q. A.
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Q. A.
	Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Q. A.
Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Q. A.
	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Q. A.
		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Q. A.


Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
		(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
			Per ciascuna procedura:		TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.

Bandi di
gara e
contratti

<p>Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura</p>	<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016</p>	<p>Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
	<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
	<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
	<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
	<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
	<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>

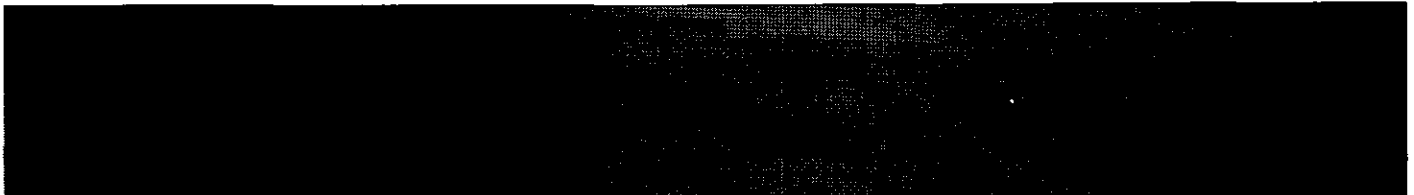
6

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE

7


Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TECNICO PATRIMONIALE
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	Q. A.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Q. A.
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Q. A.
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Q. A.
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	URP FAP
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE CURE PRIMARIE
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti				Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE	

			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del <i>conto corrente postale</i> sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	REFERENTE TETTI DI SPESA CCA
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	REFERENTE TETTI DI SPESA CCA
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	DETENTORE DEI DATI AFFARI GENERALI
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	AFFARI GENERALI



		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	AFFARI GENERALI
--	--	--	------------------------	--	------------	-----------------

PROGRAMMAZIONE SVILUPPO LAVORO AGILE

Allegato 4

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI
AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA	
	Adegua l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile	1 Presenza di un Coordinamento organizzativo del lavoro agile 2 Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile 3 Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile 4 Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e /o per progetti /processi
	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 6 % dirigenti/posizioni organizzati ve che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e /o per processi per coordinare il personale 7 % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno 8 % di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e /o per processi 9 % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno 10 % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali di posizione

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI
	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA	
	Verifica delle spese sostenute per potenziare il lavoro agi e in Azienda	<p>11 € Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile</p> <p>12 € Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile</p> <p>13 € Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti , processi</p>
	SALUTE DIGITALE	
	Garantire l'esplesamento del lavoro agile tramite l'utilizzo degli strumenti informativi aziendali	<p>14 N. PC per lavoro agile</p> <p>15 % lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati</p> <p>16 Si s te ma VPN</p> <p>17 Intranet</p> <p>18 Sistemi di collaboration (es . documenti in cloud)</p> <p>19 % Applicativi consultabili in lavoro agile</p> <p>20 % Banche dati consultabili in lavoro agile</p> <p>21 % Firma digitale tra i lavoratori agili</p> <p>22 % Processi digitalizzati</p> <p>23 % Servizi digitalizzati</p>

DIMENSIONI OBIETTIVI	INDICATORI QUANTITATIVI	INDICATORI
Misurare il livello di utilizzo del lavoro agile	24	% lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali
	25	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali
	INDICATORI QUALITATIVI	
	26	Livello di soddisfazione sul lavoro agile e di dirigenti/posizioni organizzative dipendenti, articolato per genere e per età
Misurare il livello di soddisfazione del personale coinvolto	26.a	% dirigenti /posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori
	26.b	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti
	26.c	% donne soddisfatte
	26.d	-% uomini soddisfatti
	26.e	% dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti
	26.f	% dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti ecc.

DIMENSIONI OBIETTIVI	ECONOMICITA'	INDICATORI
		Riflesso economico-riduzione dei costi
		27 € Costo per utenze elettricità;
Ridurre i costi aziendali per utenze, stampe, ecc		27.a € Costo per utenze telefonia;
		27.b € Costo per materiali di cancelleria;
		27.c Riflesso patrimoniale - Valore economico degli ammortamenti
		28
EFFICIENZA		
		29 Efficienza Produttiva
		29.a Diminuzione delle assenze
Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile		29.b Aumento produttività: n. pratiche lavorate in Smart Working/Totale delle pratiche lavorate
		30 Efficienza Economica - vedi indicatore n. 27
		31 Efficienza Temporale - Riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche ordinarie
EFFICACIA		
		32 Efficacia quantitativa
Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile		32.a n. gg in smart working/n. gg lavorative totali
		32.b n. ore in smart working/ n. ore lavorative totali
		33 Efficacia qualitativa
		33.a % di Dirigenti soddisfatti delle attività svolte dai propri dipendenti in lavoro agile
		33.b % di pratiche svolte in modalità di lavoro agile che rispettano gli standard aziendali

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI
IMPATTI ESTERNI	Migliorare la qualità della vita del lavoratore	34 Sociale: % di dipendenti che ritiene di aver migliorato il rapporto lavoro-vita privata
		35 Ambientale: riduzione dell'utilizzo di carta stampa
		36 Economico: % dipendenti che ritiene di aver risparmiato in spese di viaggio per andare al lavoro
IMPATTI INTERNI	Migliorare il clima lavorativo all'interno dell'Ente	37 Salute organizzativa: % dipendenti per cui il lavoro agile ha migliorato il clima lavorativo aziendale
		38 Salute professionale: % dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze professionali
		39 Salute economica : % dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di ottenere risparmi per l'Azienda
		40 Salute digitale : % dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze informatiche

Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 53P del 7 GIU. 2022

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials 'AS' or similar, written over the printed title.