



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

TRIENNIO 2022-2024 – Aggiornamento 2023

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

31 Marzo 2023

Sommario

1	INTRODUZIONE.....	3
2	Sezione 1 – Scheda Anagrafica dell’Amministrazione.....	5
3	Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	7
3.1	Valore Pubblico	7
3.2	Performance.....	8
3.3	Rischi Corruttivi e Trasparenza (piano 2023 – 2025)	25
4	Sezione 3 - Organizzazione Capitale Umano	72
4.1	Struttura Organizzativa	72
4.2	Organizzazione del Lavoro Agile.....	76
4.3	Piano Triennale Fabbisogno del Personale	84
4.4	Formazione del Personale	85
5	Sezione 4 - Monitoraggio	101
6	Allegati.....	102

1 INTRODUZIONE

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

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

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

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



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

2 Sezione 1 – Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

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

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

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

Di seguito indicate le fasi attuative dello stesso:

- Il DCA 29/2018 ha disposto l'annessione del P.O. Landolfi di Solofra alla A.O.R.N. S.G. Moscati e a seguire il DCA 103/2018 ha provveduto all'aggiornamento nel mese di dicembre dello stesso anno del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015.
- Con successiva Deliberazione Aziendale n. 882/2019 l'Azienda (a seguito dell'insediamento della nuova Direzione Strategica avvenuto in data 9/8/19) ha provveduto alla integrazione funzionale delle strutture presenti il P.O. Agostino Landolfi di Solofra, nell'ambito delle strutture dipartimentali dell'Azienda Ospedaliera. Inoltre, alla istituzione della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero situata nella Città Ospedaliera di Avellino.
- Con DGRC n. 378 del 23/07/2020 "Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020" è stato programmato, tra l'altro, il potenziamento in termini di incremento di posti letto nell'area della terapia intensiva per l'intero sistema ospedaliero campano ed è stato previsto l'incremento di 22 p.l. di Terapia intensiva (cod. 49) che si sono aggiunti ai 22 p.l. della Città Ospedaliera e dei 4 p.l. del P.O. "A. Landolfi" di Solofra, per un totale di 48 p.l. (cod.49).
- in data 4 maggio 2021 è stato emanato dal Ministero della Salute il Decreto Dirigenziale firmato digitalmente, recante "Ammissione a finanziamento di n. 1 intervento - codice n.150.150905.H.065 previsto nell'Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari del 23 agosto 2019 tra il Ministero della salute e la regione Campania - Programma investimenti ex art. 20 L. n. 67/88", relativo all'intervento denominato "AO Moscati di AV – Lavori di adeguamento funzionale del P.O. Landolfi di Solofra", per un importo a carico dello Stato di € 6.759.259,74 - al netto della quota a carico della Regione Campania.
- la D.G.R.C. 201 del 19/5/2021 ha preso atto della necessità di rimodulare l'offerta assistenziale nell'ambito della rete regionale ospedaliera – macro area delle Province di Avellino e Benevento programmata con il DCA 103/2018, rispetto a quanto previsto per l'AORN Moscati di Avellino al fine di ulteriormente migliorare l'offerta assistenziale, e ridurre la migrazione sanitaria. La riorganizzazione delle attività assistenziali è finalizzata ad evitare la duplicazione di alcune specialità, con miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'equilibrio economico Aziendale, redistribuzione di spazi all'interno dell'AORN Moscati (tale rimodulazione non comporta variazioni nel numero complessivo di posti letto programmati con il DCA 103/2018 a livello regionale, né variazioni nel numero di posti letto programmati per l'AORN Moscati di Avellino, fatta eccezione per l'incremento dei 22 p.l. di terapia Intensiva -cod.49, previsti con DGRC 378/2020).
- Con successiva delibera Aziendale n.689 del 29/6/2021 si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell'atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per

l'approvazione della stessa che con la DGRC 305 del 14/7/2021 ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto.

- Con Deliberazione n.1141 del 31/10/2022 è stato adottato il PIAO anno 2022-2024.
- Con Deliberazione n. 136 del 21.03.2023 in riscontro alla nota della Regione Campania prot. n. 11634 del 10.01.2023 si è proceduto all'aggiornamento del nuovo atto aziendale, in attesa dell'approvazione definitiva degli organismi regionali. Il nuovo Atto Aziendale ha previsto il potenziamento delle attività del P.O. di Solofra; in particolare, l'aumento dei posti letto disponibili consentirà, attraverso i lavori e le installazioni l'ampliamento dell'offerta assistenziale con il trasferimento di alcune attività attualmente erogate ad Avellino e l'attivazione della lungodegenza e della riabilitazione, nell'ambito di un percorso specifico dedicato all'anziano, nonché l'attivazione di nuovi ambulatori di specialistica ambulatoriale per varie discipline al fine di aumentare l'offerta all'esterno ai cittadini del territorio.

Attualmente l'AORN è strutturata in otto dipartimenti e con la piena attuazione dell'atto aziendale di recente approvazione (305/2021) in attesa della piena approvazione dell'atto approvato con delibera aziendale n. 136 del 21.03.2023 saranno attivi 650 pl per un totale di 83 strutture così ripartite: 36 UOC, 23 UOS e 24 UOSD alle quali si aggiungono le strutture in staff alla Direzione Sanitaria ed Amministrativa. Presso l'AORN è ubicato il SPDC (cod. disciplina 40) di afferenza all'ASL di Avellino con n. 18 posti letto.

Di seguito si illustrano i dati maggiormente significativi dell'attività erogata dall'AORN nell'ultimo triennio. Si precisa che per gli esercizi 2020 e 2021, le attività hanno risentito fisiologicamente di una flessione dovuta all'impatto che l'emergenza sanitaria ha avuto sull'intero sistema sanitario nazionale.

Dati di Attività	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
Numero Ricoveri ordinari	16.531	16.343	16.589
Numero Ricoveri diurni	5.560	6.034	6.222
Totale ricoveri	22.091	22.377	22.811
Valore DRG attività di ricovero in Euro	80.642.254 €	88.459.771 €	91.012.933 €
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,24	1,36	1,38
Degenza media ricoveri ordinari	8,31	8,31	8,11
Mobilità attiva RO	27,90	29,55	30,67
<i>Fuori Provincia</i>	25,86	27,19	28,54
<i>Fuori Regione</i>	2,04	2,36	2,13
Mobilità attiva DH	46,94	46,90	46,21
<i>Fuori Provincia</i>	44,73	44,81	44,81
<i>Fuori Regione</i>	2,21	2,09	2,04
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (regime SSN)	367.548	456.670	561.563
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (regime SSN)	10.246.934 €	13.531.148 €	13.459.447 €
PACC	-	4.926	4.687
Valore netto PACC in Euro	-	1.315.603 €	1.453.336 €
Accessi Pronto Soccorso	33.649	33.138	37.570

3 Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

3.1 Valore Pubblico

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

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

delle proprie attività:

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

Per creare le migliori condizioni di salute e benessere per i cittadini l'AORN intraprende azioni mirate a rendere disponibili servizi sanitari che assicurino e diano assistenza ai malati nel processo di cura, nella gestione delle emergenze e delle problematiche complesse, nella gestione delle cronicità e non per ultimo nel recupero funzionale. La AORN con l'adozione ex Delibera 689/21 del vigente Atto Aziendale ha previsto la rimodulazione delle attività dedicate al recupero e alla riabilitazione ispirandosi ai concetti di appropriatezza, tempestività, organicità e globalità. Secondo questi principi ispiratori le attività di riabilitazione che intende intraprendere prevedono tre diversi livelli organizzativi di operatività, tra loro integrati:

1. **UVBR OSPEDALIERA** Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo, tipizzata dalla interdisciplinarietà e multi-professionalità. con il mandato di valutare e gestire il bisogno riabilitativo nei reparti di degenza per acuti e di garantire la continuità riabilitativa nei setting successivi alla fase di ospedalizzazione mediante la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale.
2. **LUNGODEGENZA RIABILITATIVA** (Cod. disciplina 60) Unità con posti letto ubicata presso l'Ospedale Landolfi di Solofra, con il mandato di accogliere pazienti post acuti con necessità riabilitativa, ma ancora clinicamente instabili.
3. **DEGENZA RIABILITAZIONE INTENSIVA POST ACUZIE**, (Cod. disciplina 56) Unità con posti letto ubicata presso l'Ospedale Landolfi di Solofra, dedicata a pazienti con elevato gradiente di modificabilità riabilitativa nei termini biologici, con mandato di effettuare interventi riabilitativi di tipo terapeutico inerenti le strutture e le funzioni corporee

L'Azienda:

- garantisce competenze e disponibilità di servizi modulati in funzione dei bisogni dell'utenza
- definisce programmi innovativi e alloca le risorse secondo principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza
- opera nel rispetto dei principi eticità, riconoscendo adeguata attenzione alle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi; garantisce la pari opportunità eliminando e contrastando ogni forma di discriminazione relative ad età, disabilità, etnia e sesso.
- pone al centro delle sue azioni la persona, concepita sia quale come soggetto fruitore sia come erogatore di assistenza
- garantisce la qualità dell'attività assistenziale, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata
- opera nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità.

3.2 *Performance*

Premessa:

- Con Delibera 896 del 9/08/2022 si procedeva alla presa d'atto della DGRC 329 del 21/06/22 e del DPGRC 109 del 4/08/22 di nomina del DG Dott. Renato Pizzuti;
- Con la Delibera Regionale sono stati assegnati obiettivi di carattere generale, obiettivi di carattere specifico nonché obiettivi di carattere tematico;
- Con delibera 773/20 è stato introdotto un aggiornamento al sistema di valutazione individuale che ha previsto l'adozione di nuove schede di valutazione del personale dirigente e del personale del comparto, al fine di collegare la valutazione della performance individuale alla logica premiante.
- Con il documento programmatico triennale (PIAO 2022-2024), adottato con delibera n. 1141 del 31/10/22 sono stati individuati gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda, precisando gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance. Tale piano viene adottato ad ottobre all'esito degli aggiornamenti normativi nazionali che hanno definito contenuto e modalità di pubblicazione sui portali nazionali del nuovo documento programmatico;
- Con delibera 197/23 è stato adottato il nuovo regolamento per obiettivi e negoziazione del Budget

Sino ad oggi non è stato possibile procedere ad una formale negoziazione con i Dipartimenti Aziendali e le Strutture operative ed assegnare obiettivi specifici prestazionali alle UU.OO. Aziendali. Il mutato scenario tuttavia impone un cambio di rotta. Pertanto stante la necessità di definire obiettivi prestazionali calati sulle singole UUOO aziendali la UOC Programmazione e Controllo di Gestione ha già redatto un calendario di incontri al fine di formalizzare la contrattazione del budget con i singoli Direttori UOC e i Responsabili UOSD anche in virtù dell'adozione del nuovo regolamento per obiettivi e negoziazione di budget sopra citato.

La definizione degli obiettivi prestazionali è stata già definita per le UUOO afferenti alla PTA e per le UUOO di staff della Direzione Sanitaria ed alla Direzione Generale. La verifica del raggiungimento degli

stessi è stata finora e sarà comunque oggetto di valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione quale la condizione necessaria per l'erogazione della retribuzione di risultato.

Su questo ultimo punto si rinvia all'apposita sezione del presente piano che illustra il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

L'intento è quello di potenziare e migliorare le iniziative ed attività già iniziate nella seconda fase del 2022, andando a negoziare con le singole Unità Operative un budget da contrattare in specifici incontri con la Direzione Strategica.

Gli obiettivi prestazionali prioritari saranno quelli di nomina del DG che a cascata si riverberano su tutte le articolazioni aziendali corredati da ulteriori e più peculiari obiettivi individuati via via in sede di singola negoziazione.

GLI OBIETTIVI GENERALI

L'azienda adotta un sistema di responsabilizzazione della dirigenza, riconoscendole un ruolo effettivo di gestione, che si esplicita – tra l'altro - nel potere di organizzazione delle risorse umane e nelle decisioni operative.

La valorizzazione della figura del dirigente comporta il riconoscimento di reali e concreti strumenti per operare, oltre che l'applicazione di sanzioni, anche economiche, in caso di accertata inefficienza.

In particolare, le strutture organizzative dei servizi generali saranno impegnate prioritariamente nella realizzazione delle finalità individuate dai programmi operativi regionali e nel rendere operative le linee programmatiche definite dal vertice strategico.

Gli obiettivi seguenti sono in linea con il piano della Performance, quale sezione del più ampio documento programmatico (PIAO) adottato per il triennio 2022/2024 di cui il presente documento costituisce aggiornamento.

Gli obiettivi sono stati rivisti e rimodulati per le UUOO in Staff alla Direzione Strategica, in funzione della nuova articolazione prevista dall'Atto Aziendale approvato con DGRC 305/2021, ed aggiornato con deliberazione del Direttore Generale n.136 del 21.02.2023 la cui attuazione a livello regionale è quasi del tutto ultimata.

Di seguito si indicano le principali azioni che caratterizzano l'aggiornamento del piano per il 2023 relativi agli obiettivi di performance prefissati per Unità Operativa ed aree di appartenenza:

Obiettivi PTA 2023 - Staff Direzione Generale
CONTROLLO DI GESTIONE
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività a supporto per il corretto funzionamento del SIAC (Adozione Procedura Budget Dca 27)
Adempimenti in materia di Performance (PIAO)
Adeguamento del DCA 67/19
Monitoraggio delle prestazioni erogate dalle UUOO aziendali
Negoziazione Budget e rendicontazione a consuntivo
Attività a supporto dell'attuazione delle procedure connesse alla piena attuazione del nuovo atto aziendale
Monitoraggio Attività Sale Operatorie
Monitoraggio Obiettivi NSG
Monitoraggio Obiettivi del Direttore Generale
SICUREZZA SUL LAVORO
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività finalizzate a garantire la privacy
Attuazione dei protocolli e misure organizzative connessi all'attuazione al Nuovo Atto Aziendale
Rendicontazione sulla corretta distribuzione nelle UUOO aziendali dei DPI e DPC
Monitoraggio dell'erogazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza per il personale neo-assunto
Tempestiva valutazione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro per il PO Landolfi
Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)
URP E COMUNICAZIONE
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività finalizzate alla garanzia della privacy
Comunicazione relativa la fase finale di attuazione del nuovo atto aziendale
Promozione della customer satisfaction
Tempestivo riscontro all'utenza
Ufficio Stampa - Apertura e gestione in via sperimentale di una pagina social ufficiale dell'Azienda Ospedaliera Moscati. Monitoraggio periodico ed aggiornamento dei contenuti, nonché realizzazione e raccolta del materiale fotografico.

Di seguito gli obiettivi strategici ed operativi dell'AREA Sanitaria, in staff alla Direzione Sanitaria:

Obiettivi PTA 2023 - Staff Direzione Sanitaria
DMPO
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Completamento delle procedure per la transizione dei processi digitali, cartella clinica di specialistica ambulatoriale/modulo PS
Attività finalizzate alla garanzia della privacy
Monitoraggio dei percorsi ospedalieri, del budget delle ore di straordinario ed attività aggiuntive per comparto e dirigenza, e monitoraggio e pubblicazione adempimenti trasparenza per liste d'attesa per attività istituzionale ed attività ALPI
Monitoraggio mensile degli indicatori produttivi, fornendo ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di unità operative i reports utili alla verifica dell'andamento degli stessi (Ricovero, Day Service). La realizzazione di tale obiettivo verrà valutata in base all'efficacia degli interventi proposti a ciascuna unità operativa in termini di implementazione delle prestazioni erogate.
Monitoraggio dei percorsi assistenziali ordinari e straordinari
Monitoraggio dei PACC attivi ed implementazione in riferimento al dettato regionale
Partecipazione ai tavoli tecnici per la stesura di capitolati, atti ad eliminare contratti frutto di proroghe
Gestione della programmazione delle Sale Operatorie
Supporto operativo/organizzativo alle UUOO per l'organizzazione delle agende interne
Monitoraggio delle liste di attesa
FARMACIA
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività finalizzate alla garanzia della privacy
Attività inerenti all'implementazione dell'erogazione del primo ciclo di dispensazione
Razionalizzazione della spesa farmaceutica: attività di verifica, monitoraggio e controllo delle prescrizioni farmaceutiche
Gestione della Qualità in Farmacia, attraverso l'implementazione di efficienti sistemi organizzativi e corretti processi/percorsi operativi condivisi e replicabili
Rivisitazione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero
Monitoraggio dei Registri AIFA
Promozione all'utilizzo dei biosimilari
Partecipazione ai tavoli tecnici per la stesura di capitolati, atti ad eliminare contratti frutto di proroghe
Monitoraggio sul corretto utilizzo da parte delle UUOO del gestionale SIAC/Fiori
Implementazione PDTA e conseguente certificazione di qualità
supporto operativo/organizzativo alle UUOO per l'organizzazione delle agende interne
MEDICINA PREVENTIVA E RADIOPROTEZIONE
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività finalizzate alla garanzia della privacy
Riduzione ed efficientamento dei tempi per le visite per immissione in servizio
Sorveglianza sanitaria sui dipendenti
Gestione delle campagne vaccinali aziendali

GESTIONE RISCHIO CLINICO
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività finalizzate alla garanzia della privacy
Implementazione PDTA e conseguente certificazione di qualità
Monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali in materia di riduzione del rischio
PRIVACY E MEDICINA LEGALE
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività finalizzate alla garanzia della privacy
Monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali in materia di riduzione del rischio
Stesura delle relazioni esplicative per i CO.VA.SI. e monitoraggio del rischio di contenzioso aziendale a supporto dell'Ufficio Legale
Contributo all'attività epidemiologica post-mortem
Gestione ordinaria e straordinaria delle segreterie del Comitato Etico
Gestione della medicina necroscopica con elaborazione di regolamenti anche finalizzati agli adempimenti per la Cremazione previsti dal DCA n. 59 del 2017.
FISICA MEDICA
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza
Attività finalizzate alla garanzia della privacy
Valutazione delle dosi per esposizione dei pazienti a radiazioni ionizzanti nella diagnosi e e nella terapia
Ottimizzazione dell'esposizione dei pazienti a radiazioni ionizzanti nei trattamenti terapeutici e nelle indagini diagnostiche
Controlli delle apparecchiature e delle sorgenti radiologiche comprensivi sia del monitoraggio periodico e sia dei collaudi di nuove installazioni

Di seguito gli obiettivi strategici ed operativi dell'AREA PTA, in staff alla Direzione Amm.va:

Obiettivi PTA 2023 - Staff Direzione Amministrativa
Affari legali
Attività di consulenza resa a supporto delle UUOO aziendali
Revisione delle pratiche in essere di contenzioso al fine di ridurne l'entità a beneficio del bilancio aziendale
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Digitalizzazione dei fascicoli del contenzioso e su apposito gestionale
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Aggiornamento e costante implementazione della piattaforma regionale legal-app
Affari generali
Gestione delle convenzioni per erogazioni di prestazioni sanitarie
Gestione del protocollo generale e della fase di pubblicazione delle Delibere e delle Determine aziendali
Implementazioni del sistema di Delibere e Determine e del protocollo ove necessarie
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Supporto Amministrativo al Collegio Sindacale
Revisione delle convenzioni attive
GEF
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE ENTRATE PROPRIE
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE TESORERIA
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE PROCESSO DI VALUTAZIONE E AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE RIMANENZE DI MAGAZZINO
GRU
Gestione Tempestiva delle procedure concorsuali
Attivazione Procedure Contratto Integrativo
Attuazione nuovo CCNL Comparto 2019/2021
Adozione Regolamento Orario di Servizio
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE DEL PERSONALE(ptfp, trattamento giuridico, gestione presenze,trattamento economico)

TECNICO E PATRIMONIO
Implementazione del nuovo LISS e RISS
Acquisizione di tecnologie ed esecuzione lavori nel rispetto dei termini stabiliti negli appositi procedimenti
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Monitoraggio delle scadenze contrattuali al fine di ridurre il ricorso alle proroghe
ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI (ABS)
Tempestivo avvio delle procedure di gara evitando il ricorso alle proroghe
Redazione ed adozione del Regolamento Competenze RUP/DEC
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE ANAGRAFICA (albo fornitori)
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI (rispetto dei termini previsti dal documento adottato)
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Adozione Procedura Amministrativo Contabili di competenza ai sensi del DCA 27/2019 - GESTIONE ACQUISIZIONE DEI BENI E SERVIZI AZIENDALI(rispetto del regolamento in oggetto)
Sistemi Informativi Aziendali (SIA)
Impianto Nuovo Sistema informativo Sanitario Aziendale
Impianto Nuovo Sistema Informativo di laboratorio di analisi
Impianto Nuovo Sistema di Anatomia Patologica
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Integrazione applicativa e infrastrutturale tra il nuovo sistema informativo radiologico ed il nuovo sistema informativo aziendale
Completamento della certificazione della rete LAN Aziendale

Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Formazione
Implementazione delle attività formative a distanza
Incremento dei corsi di aggiornamento in materia di anticorruzione e trasparenza e privacy e transizione al digitale
Adozione del regolamento per la gestione dei tirocini
Adozione procedura per le sponsorizzazioni delle attività formative collettive
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza
Adozione Nuovo Regolamento Formazione
CUP
Tempestiva gestione delle agende in relazione alle esigenze aziendali
Gestione cassa CUP
Adeguamento al dettato regionale in seguito alla gestione unificata del cup regionale
Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza
Implementazione del portale aziendale per la parte di competenza

Gli obiettivi indicati sono integrativi ed aggiuntivi alle finalità istituzionalmente assegnate alla struttura diretta, rispetto alle quali dovranno porsi in essere iniziative atte ad assicurare che le prestazioni vengano erogate secondo principi di efficacia, appropriatezza, economicità, in prosecuzione per il triennio 2020-2022.

IL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)

Il DM 12 marzo 2019, pubblicato nella G.U. n. 138 del 14.6.2019 ed in vigore dal 01.01.2020, configura il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure.

Il NSG promuove la coerenza tra l'attività nazionale di monitoraggio e di verifica e i sistemi di valutazione intraregionale, favorendo le attività di audit e gli interventi conseguenti, adottati dalle Regioni e dalle Province Autonome, individuati come necessari al miglioramento dell'erogazione dei LEA, come previsto dagli articoli 10, comma 1, e art. 14 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e/o integrazioni.

Il Sistema incentiva il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata attraverso la pubblicazione e il confronto annuale delle misure e dei valori dei singoli indicatori, tra le diverse Regioni e Province autonome e, nel tempo, secondo le modalità di monitoraggio, valutazione e pubblicazione individuate dallo stesso DM in oggetto e prevede, altresì, il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, la misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure e una specifica attenzione all'equità geografica e sociale all'interno e tra le Regioni.

Il NSG si articola in un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di Assistenza (Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Distrettuale, Ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali che riguardano molteplici livelli di assistenza.

L'allegato I del citato Decreto, riporta l'elenco degli 88 indicatori del Sistema di Garanzia, così suddivisi:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei (PDTA).

All'interno del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è stato individuato (DM 12 marzo 2019, art. 5, comma 2) un sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso:

- il confronto delle misure degli indicatori con delle misure di riferimento, tenuto conto dell'andamento temporale;
- un punteggio per indicatore, secondo una scala definita di valori;
- un risultato globale regionale che indica entro quale soglia deve ritenersi garantita l'erogazione dei LEA;
- un risultato globale nazionale, che permette di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale.

Il sottoinsieme su cui si basa la sperimentazione della metodologia di monitoraggio dei LEA è formato da un set valutativo di 22 indicatori, definiti "CORE" che sostituisce la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020, suddivisi nelle tre aree di assistenza (Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliera). I restanti indicatori, non rientranti nella sperimentazione, sono detti "NO CORE".

Per l'Azienda Ospedaliera di seguito gli indicatori CORE che concorrono al monitoraggio:

H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture 1.000 parti e oltre all'anno

A ciascun indicatore corrisponde una funzione continua di valori. Per ciascun indicatore, alle Regioni e le Province Autonome cui non corrisponda l'assolvimento del debito informativo necessario al relativo calcolo, è assegnato un valore pari a 0. Se l'indicatore è rappresentato da una variabile aleatoria, a ciascuna regione corrisponderà una stima puntuale e uno specifico intervallo di confidenza di valori; in caso contrario corrisponderà un valore puntuale. Infine, la valorizzazione degli indicatori tiene conto del relativo andamento temporale.

Per ciascun indicatore CORE è definita una funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcola un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia dell'indicatore. La funzione di valorizzazione è elaborata per ciascun indicatore per esaltare o penalizzare alcuni intervalli di valori assunti dall'indicatore e per definire una zona di valori obiettivo a cui attribuire il punteggio massimo. In ogni caso, il fine principale dell'utilizzo delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori, essendo tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza.

I criteri di penalità/premialità sono individuati attraverso lo studio della variabilità temporale e territoriale degli indicatori. Il punteggio complessivo dell'area di assistenza è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è espresso in un punteggio compreso tra 0 e 100.

Affinché la Regione sia adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione. Sulla base degli esiti della sperimentazione si possono distinguere le Regioni che garantiscono i LEA da quelle che non li garantiscono.

Obiettivi del Direttore Generale

Di seguito l'esposizione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale con la delibera di nomina n.329 del 2022.

Obiettivi specifici di carattere generale	Delibera di nomina DGRC 329/2022	N.	DEFINIZIONE
		1	Equilibrio economico
		2	Obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA
		3	Rispetto dei tempi di pagamento

Obiettivi di carattere specifico	Delibera di nomina DGRC 329/2022	N.	DEFINIZIONE
		1	Garanzia dei livelli essenziali di assistenza – 22 indicatori “CORE” NSG
		2	Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramuraria
		3	Continuità, completezza e qualità nell'implementazione dei flussi informativi
4	Obiettivi di produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale come determinati nella delibera di Giunta 210 del 4/05/22		

Obiettivi tematici	ALLEGATO B DELIBERA NOMINA DG	N.	DEFINIZIONE
		1	Attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale
		2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche del DM 23/12/19 e s.m.i. e nei provvedimenti regionali
		3	Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali
4	Rispetto obbligo Flussi NSIS		

OBIETTIVI STRATEGICI PER L'ANNO 2023

Di seguito gli obiettivi strategici per l'anno 2023 declinati e descritti secondo le premesse del presente aggiornamento di Piano della Performance.

La Direzione Strategica ha definito quali linee prioritarie da perseguire, per l'esercizio, l'implementazione delle attività di specialistica ambulatoriale nonché una riorganizzazione delle attività chirurgiche al fine potenziarne l'utilizzo, quale attività nevralgica dell'AORN.

Quanto all'attività di specialistica ambulatoriale la programmazione è stata cristallizzata in un documento programmatico condiviso con i singoli attori interni e trasmesso in Regione; tale documento, coerentemente con quanto disposto dalla DGRC 210/22, prevede per singola branca un obiettivo target, quale incremento o conversione delle attività interne/esterne da erogare coerente con il disposto regionale. Nell'ambito di tale obiettivo è da menzionare il progetto di riqualificazione e rifunzionalizzazione del PO di Solofra cui seguiranno importanti attività tecnico strutturali finalizzati alla creazione di spazi ed alla riallocazione di Strutture preesistenti, nonché all'acquisizione di nuove tecnologie al fine di incrementare le attività di specialistica ambulatoriale a partire già dall'anno 2023.

Le attività sopra menzionate nel programma operativo sono già state oggetto di monitoraggio per l'ultima parte del 2022 e per tutto l'esercizio 2023 si proseguirà mediante cadenzati rilievi al fine di ottimizzare le prestazioni e ove necessario inerire con azioni correttive per garantire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Relativamente al potenziamento delle attività di sala operatoria, anche coerentemente con l'obiettivo strategico finalizzato ad un sempre maggior incremento delle attività soprattutto in termini di qualità assistenziali, la direzione si propone per l'anno 2023 di procedere alla realizzazione della rimodulazione della gestione delle sale. Tale logica gestionale è stata condivisa con il Collegio di Direzione nella seduta del 22/12/22. La riprogrammazione della gestione ha quale obiettivo la massimizzazione nell'utilizzo delle sale operatorie soprattutto per garantire un numero di sedute congruo per ridurre le liste di attesa e potenziare la chirurgia oncologica con particolare attenzione al ricorso della chirurgia robotica avviata dal mese di Maggio 2022 dopo l'importante investimento di acquisizione del Robot Chirurgico Da Vinci. Non per ultimo tale riorganizzazione e potenziamento delle sale operatorie si pone l'obiettivo di garantire procedure di alta complessità.

Alla luce dello stesso si è provveduto a definire una distribuzione delle attività con tutti gli attori programmando attività chirurgica dal lunedì al venerdì nelle 12h. Tale gestione sarà oggetto di monitoraggio periodico durante tutto l'anno 2023 con l'obiettivo di garantire il massimo utilizzo delle sale operatorie al fine di rispondere in maniera sempre migliore ai bisogni dell'utenza.

Relativamente alla valutazione performance delle Strutture Aziendali, se per il biennio precedente si è proceduto esclusivamente su base qualitativa non essendo pensabile una ponderazione delle attività svolte alla luce della produttività, per il successivo triennio e nello specifico per quanto attiene la programmazione delle attività per il 2023 è stata avviata l'attività di formale negoziazione del budget. Ad oggi tutte le UUOO Sanitarie hanno fatto pervenire alla UOC Controllo di Gestione e Programmazione le proposte di obiettivi prestazionali da perseguire seguiranno gli incontri per contrattare il budget necessario per raggiungere gli stessi per concludere e formalizzare il processo.

OBIETTIVO STRATEGICO 1

ASSICURARE L'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI, ATTRAVERSO L'ADOZIONE DELLA CORRETTA TIPOLOGIA DI PERCORSO ASSISTENZIALE

L'appropriatezza delle prestazioni è un tema centrale di politica sanitaria ed il suo perseguimento costituisce un obiettivo prioritario per le strutture che erogano salute. E' noto che gli interventi sanitari vengono definiti appropriati quando sono *efficaci* (migliorano lo stato di salute del paziente), *efficienti* (utilizzano in modo ottimale le risorse durante il processo produttivo), *opportuni* (applicano la tipologia di intervento più adeguata e per il maggior numero di utenti.)

In questo caso non si valuta l'appropriatezza dal punto di vista clinico-professionale, che si riferisce alla validità tecnico-scientifica degli interventi e quindi alla loro efficacia in termini di capacità dell'intervento di raggiungere gli obiettivi prefissati, bensì l'*appropriatezza organizzativa*, che fa riferimento alla scelta del corretto *setting* assistenziale da applicare nel singolo caso (reparto per acuti, day hospital/day surgery, ambulatorio specialistico, strutture di base).

La Regione ha adottato diversi provvedimenti per promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri attraverso l'aggiornamento delle soglie massime di ammissibilità in regime di ricovero ordinario, la regolamentazione dell'attività di ricovero in day hospital di tipo medico e la definizione dei criteri di appropriatezza per l'accesso a tale regime assistenziale, la qualificazione dell'attività ambulatoriale quale alternativa alle prestazioni di ricovero inappropriato, soprattutto per i day hospital di tipo medico diagnostico, l'istituzione del day service.

OBIETTIVO OPERATIVO

Il decreto n. 17 del 20 marzo 2014 ha individuato le linee di azione cui le aziende sono tenute ad uniformarsi "per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero":

- la riduzione del tasso di ospedalizzazione regionale attraverso la progressiva contrazione del numero di ricoveri di 0-1 giorno e in day hospital per i DRG ad alto rischio di inappropriata;
- il rispetto delle percentuali di ricovero ammissibili in regime ordinario per i DRG individuati "a rischio di inappropriata".

Il rispetto delle percentuali di ricovero ammissibili in regime ordinario per i DRG segnalati rappresenta un obiettivo fondamentale di tutti gli operatori, in quanto comporta una diretta assunzione di responsabilità per la quota di risorse aziendali utilizzate in modo inadeguato rispetto al *setting* assistenziale più opportuno.

In altri termini, le prestazioni oltre soglia non vengono remunerate con la tariffa intera prevista per il ricovero ordinario o day hospital; pertanto parte delle risorse utilizzate per il ricovero improprio costituiscono uno "spreco" per l'azienda, atteso che:

- i DRG effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono riclassificati in regime diurno e remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso in caso di DRG medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente in caso di DRG chirurgici;
- i DRG effettuati in regime diurno e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso ed abbattuta del 50%, in caso di DRG medici e con la tariffa prevista per day surgery corrispondente abbattuta del 50%, in caso di DRG chirurgici.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI

La problematica dei tempi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche ha assunto un rilievo sempre maggiore a motivo di alcuni aspetti concomitanti:

- le direttive nazionali e regionali, che impongono alle direzioni aziendali di adottare provvedimenti organizzativi atti a razionalizzare i processi di erogazione delle prestazioni
- e, nel caso della diagnostica per i ricoverati, i prolungamenti dei tempi di degenza, da cui derivano inefficienze economiche e disagi sociali.

Accanto alla ben nota attivazione da dare alle liste di attesa, va aggiunta la problematica dell'organizzazione delle agende di attività ambulatoriale per la ripresa delle prestazioni da erogare, con il recupero delle prestazioni non erogate a causa del blocco emergenziale. Si terrà in debito conto, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo la necessità di operare una scrematura delle tipologie di prestazioni che non verranno erogate dall'AORN Moscati in quanto di competenza prettamente territoriale, anche alla luce della nuova organizzazione prevista dall'atto Aziendale in vigore. Pertanto unitamente alla ripresa delle attività di ricovero ed ambulatoriali, particolare attenzione verrà prestata all'utilizzo della Telemedicina, in linea con le indicazioni Regionali, affinché i pazienti possano trovare risposte ai bisogni assistenziali attraverso l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche dedicate.

OBIETTIVO OPERATIVO

Per concorrere alla riduzione **delle giornate di degenza**, viene ribadito – per le strutture del **Dipartimento dei Servizi Sanitari** - l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per gli interni e comunque **non oltre i 2 giorni dalla richiesta, con contestuale refertazione dell'esame eseguito (per i solo esami radiologici maggiormente complessi)**.

Le unità di degenza, dal canto loro, sono tenute a garantire la correttezza formale e l'appropriatezza prescrittiva della richiesta, attraverso l'adeguata gestione dell'agenda elettronica.

Il limite temporale di attesa dovrà essere garantito sia per gli esami diagnostici che per le consulenze effettuate dalle unità operative a favore dei ricoverati presso altri reparti.

In concreto dovranno essere implementate le seguenti azioni:

- programmazione delle attività tenendo conto della tipologia di utente. Il calendario delle prenotazioni deve assegnare priorità assoluta ai soggetti che presentano condizioni di particolare criticità e per i quali è predominante l'esigenza di definire in tempi brevi il relativo profilo assistenziale, sia che si tratti di una nuova prenotazione quanto di una antecedente alla sospensione delle attività per effetto del Covid;
- rispetto dei tempi medi indicati nel **PACTA** (Piano Attuativo per il Contenimento dei Tempi di Attesa) che sulla base dell'accordo stato-regioni, individua **classi di priorità** in base alla gravità del quadro clinico del paziente.

TEMPI DI ATTESA E ALPI. Collegata alla problematica dei tempi di attesa è anche la riorganizzazione dell'attività libero professionale. A tale proposito, in linea anche con gli obiettivi che la Regione ha assegnato al Direttore Generale, dovranno essere monitorate:

- a) la creazione dell'**Agenda unica** per l'attività ambulatoriale (per interni ed esterni) gestita dal CUP. Le unità operative potranno gestire in autonomia la prenotazione di un numero di prestazioni in misura non superiore al 5% del totale delle attività;
- b) il **rapporto tra prestazioni istituzionali e prestazioni effettuate in regime ALPI** dovrà certificare che in nessun ambito operativo queste ultime superino le percentuali previste dalla normativa;

L'Azienda al fine di perseguire l'obiettivo del recupero delle liste di Attesa, così come disposto con DGRC 620/2020 integrata dalla successiva DGRC 353/21 e per ultima dalla DGR 209/2022, proseguirà sulla base delle indicazioni regionale un piano operativo di recupero liste di attesa relativamente alle attività in

elezione e alla specialistica ambulatoriale anche per il biennio 2022-2023, compatibilmente con il residuo dei fondi assegnati con il finanziamento Regionale del 2020 e non utilizzati nel 2021. L'effettivo recupero di tali liste di attesa, costantemente monitorato, sarà oggetto di valutazione ai fini della performance e della relativa erogazione di risultato.

OBIETTIVO STRATEGICO 3

CORRETTA CODIFICA DELLE CARTELLE CLINICHE E DELLE SDO, RISPETTO DELLA TEMPSTICA PREVISTA PER IL COMPLETAMENTO E TRANSIZIONE AL DIGITALE

Costituisce impegno imprescindibile per la direzione di ciascun ambito operativo la chiusura tempestiva delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera, al fine di consentire al competente ufficio il controllo logico-formale (attraverso il software regionale "Controllo SDO").

Poichè le schede debbono essere trasmesse entro il 40° giorno successivo alla dimissione, ciascuna unità operativa è tenuta a completare tutti i campi previsti almeno 10 giorni prima della data prevista per l'invio alla regione (e quindi – al massimo entro 30 giorni dalla dimissione).

Nel contempo, occorre migliorare la qualità dei dati delle dimissioni ospedaliere. Infatti, da una valutazione del settore ministeriale di verifica degli adempimenti regionali sono emerse criticità comuni a molte aziende, come una percentuale elevata di schede nelle quali risultano non compilati o compilati in maniera erronea alcuni campi.

Per l'anno 2023 con il nuovo sistema informativo aziendale si procederà all'avvio del modulo della cartella clinica in regime di ricovero/ pre-ricovero che permetterà una gestione informatizzata della stessa. A riguardo saranno organizzati appositi corsi di formazione per singolo reparto al fine di fornire in maniera completa le adeguate informazioni su tutte le funzionalità del nuovo sistema e procedere in tempi brevi ad una corretta alimentazione informatica della stessa.

OBIETTIVO OPERATIVO

La Direzione Medica di Presidio provvederà in modo puntuale e tempestivo a relazionare periodicamente alla Direzione Sanitaria (oltre che verificare costantemente l'azione dei reparti), o su richiesta della stessa, in ordine ai punti di seguito indicati:

- la completezza e accuratezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, in relazione alla documentazione clinica relativa ad ogni ricovero ospedaliero, affinché i dati in essa contenuti possano essere utilizzati per l'analisi di alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria erogata;
- il controllo delle prestazioni di assistenza, condizione per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione;
- l'attuazione dei percorsi per garantire l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza attraverso la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e, quindi, contrastare fenomeni opportunistici, cui si correla l'improprio impiego delle risorse economiche destinate all'erogazione dei predetti livelli essenziali;
- la verifica della corretta, completa e accurata codifica delle cartelle e delle sdo, in osservanza della normativa in materia;
- le proposte di modifica e aggiornamento dei protocolli clinici, per adeguarli alla varietà degli eventi assistenziali e migliorare la rappresentazione della casistica;
- l'elaborazione di approfondite indagini epidemiologiche
- partecipazione alle attività di controllo di qualità.

Il SIA provvederà a monitorare e supportare le UU.OO. per il processo di transizione al digitale, adempiendo anche agli aspetti relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico.

OBIETTIVO STRATEGICO 4

SVILUPPO DEL DAY SERVICE E DEI PACC

Il day service risponde all'esigenza di introdurre un modello organizzativo di assistenza ambulatoriale innovativo e necessario per garantire una parte significativa delle prestazioni precedentemente erogate in day hospital.

Il **day service ambulatoriale** presenta caratteristiche intermedie tra il ricovero in day hospital e le prestazioni specialistiche ambulatoriali. E' finalizzato alla gestione di problemi clinici, la cui soluzione richiede indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari.

Rispetto all'attività ambulatoriale classica, si caratterizza per uno specifico percorso diagnostico-terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni.

Per la sua funzionalità, è richiesto un alto livello di coordinamento clinico-organizzativo che si estrinseca nella definizione dei **percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (Pacc)**.

I Pacc di day service si caratterizzano per l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime, multidisciplinari e complesse, alle quali concorrono, oltre alla radiologia e ai laboratori di analisi, di norma almeno altre due branche specialistiche.

Il day service viene avviato dallo specialista ospedaliero su richiesta di visita o altra prestazione da parte del medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Sulla base delle informazioni e del quesito diagnostico, lo specialista inquadra il caso e imposta il piano assistenziale opportuno, prescrivendo le prestazioni diagnostiche da eseguire all'interno della struttura ospedaliera.

OBIETTIVO OPERATIVO

Le strutture interessate saranno impegnate nella predisposizione dei seguenti percorsi organizzativi:

- codificazione dei problemi clinici che possono essere affrontati secondo tale modello assistenziale nell'ambito del rispettivo reparto
- predisposizione dei PACC, d'intesa con gli altri reparti e servizi interessati, per dare risposte integrate ed efficienti ai quesiti diagnostici relativi alle specifiche patologie/problemi individuati
- previsione del necessario coordinamento clinico-organizzativo per la efficiente presa in carico del paziente (agenda, percorsi, impegnative, ecc.)
- strumenti per facilitare l'accesso alle prestazioni.

Inoltre, l'obiettivo è porre in essere un costante monitoraggio tra costi/ricavi con l'aiuto della UOC DMPO per lo svolgimento dell'attività; con particolare riguardo alle logiche di ingaggio dei pazienti nel nuovo percorso. L'obiettivo strategico tiene conto che l'avvio possa essere ritardato dalla fase emergenziale.

OBIETTIVO STRATEGICO 5

ALLINEAMENTO DELLE STRUTTURE AZIENDALI AGLI STANDARD QUALITATIVI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (DECRETO MINISTERIALE 70/2015)

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Tra i vari aspetti affrontati, riveste particolare rilievo la creazione delle **reti ospedaliere articolate per patologia e che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale**, nei seguenti ambiti: infarto, ictus, traumatologia, neonatologia e punti nascita, medicina specialistica, oncologia, pediatria, trapianti, terapia del dolore, malattie rare.

LA RETE ONCOLOGICA. Nell'ambito degli obiettivi di standard di qualità assistenziali, rilievo assoluto viene dato alla creazione di specifici percorsi di integrazione terapeutici-assistenziali come quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso la **breast unit (unità mammaria interdisciplinare)**.

Con l'implementazione della **rete oncologica** la Regione ha inteso perseguire la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e palliative anche in ambito pediatrico.

Il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Rete Oncologica Campana per garantire elevata qualità della cura e delle prestazioni sanitarie, passa attraverso la definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che garantiscano ai pazienti oncologici multidisciplinarietà e interventi tempestivi ed adeguati, ma anche una migliore allocazione delle risorse, grazie a supporto della Rete e razionalizzazione dell'uso di tecnologie ad alta complessità, oltre ad assicurare un confronto sempre aperto e diretto tra le parti coinvolte nella ricerca di nuove procedure cliniche di documentata efficacia.

Inoltre, presso la struttura di Oncologia nell'ambito del Dipartimento Onco-Ematologica, viene garantito il sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, attraverso specifici percorsi a cura di personale specializzato, che si intende far confluire nel più ampio disegno di psicologia clinica a supporto dell'intera rete ospedaliera.

OBIETTIVO OPERATIVO

Si riportano le soglie minime - identificate a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche – in base alle quali vengono effettuate **le valutazioni delle strutture aziendali** (e che verranno aggiornate e integrate da parte del tavolo tecnico composto da rappresentanti di Ministero, Age.nas e Regioni)

INTERVENTI	VOLUMI DI ATTIVITA' MINIMI
INTERVENTI CHIRURGICI PER CA MAMMELLA	150 PRIMI INTERVENTI ANNUI
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	100 INTERVENTI ANNUI
INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA DI FEMORE	75 INTERVENTI ANNUI
INFARTO MIOCARDICO ACUTO	100 CASI ANNUI
BY PASS AORTO-CORONARICO	200 INTERVENTI ANNUI
ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA	250 PROCEDURE ANNUE
MATERNITA'	ALMENO 1000 NASCITE

INTERVENTI	SOGLIA PER RISCHI DI ESITO
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A TRE GIORNI	MINIMO 70%
INTERVENTI CHIRURGICI ENTRO 48H SU PERSONE CON FRATTURA DEL FEMORE, ETA' >= 65 ANNI	MINIMO 60%
TAGLI CESAREI IN MATERNITA' CON > 1000 PARTI	MASSIMO 25%
ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA ENTRO 90 MIN DALL'ACCESSO IN PAZIENTI CON INFARTO STEMI	MINIMO 60%
BY PASS AORTO-CORONARICO ISOLATO, MORTALITA' AGGIUSTATA A 30 GG.	MASSIMO 4%
VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA, MORTALITA' AGGIUSTATA PER GRAVITA' A 30 GIORNI	MASSIMO 4%

Il periodo emergenziale COVID, ha comportato notoriamente un blocco e un rallentamento negli ultimi 2 anni dei ricoveri per l'elezione chirurgica. Pertanto la UOC DMPO in collaborazione con la UOC Programmazione e Controllo di Gestione, porrà in essere azioni di monitoraggio per comprendere quali volumi di attività possano essere recuperati (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) così da definire delle negoziazioni con i singoli Dipartimenti, tenuto conto delle indicazioni collegate al NSG.

OBIETTIVO STRATEGICO 6

**LA RIORGANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO
E L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISPOSTE ALL'EMERGENZA**

Il Pronto Soccorso della AORN Moscati è punto di ingresso alla struttura in emergenza.

Sulla base dei dati aziendali per l'anno 2022, si sono registrati circa 37.570 accessi al PS dell'AORN di cui al settore neonatale e pediatrico ca. 5.038, ed afferenti al settore ostetrico ginecologico ca. 3896;

Relativamente i codici triage sono così distribuiti: 2.093 codici rossi, 6.315 codici arancione, 9.167 codici azzurri, 1.261 codici bianchi e circa 18.734 codici verdi.

Superata l'emergenza sanitaria che ha modificato di molto l'assetto della medicina d'urgenza anche in relazione all'elaborazione e gestione di nuovi percorsi avendo ricoperto un ruolo fondamentale si rileva un incremento degli accessi in PS, da qui la necessità di una riorganizzazione costante e continua di spazi oltre che del rafforzamento del personale in servizio presso il PS ed in Ospedale.

OBIETTIVO OPERATIVO

- Necessità di garantire i migliori livelli di sicurezza per i pazienti e il massimo di protezione per il personale operante nelle strutture di Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza e Sub-intensiva;
- Identificare i percorsi più appropriati per i pazienti che accedono al PS e per quelli che necessitano di un ricovero nei vari reparti dell'Ospedale;
- riorganizzazione costante e continua di spazi e percorsi in PS ed in Ospedale per consentire il corretto flusso dei pazienti nell'ottica di una risposta sempre più precisa e puntuale alle esigenze del territorio servito.

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

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

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

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

Come previsto dal PNA 2022 sono da intendersi superate, rispetto al PNA 2019, le indicazioni sul RPCT e struttura di supporto, sul pantouflage, sui conflitti di interessi nei contratti pubblici. Tutta la materia dei contratti in deroga è innovativa rispetto a quanto previsti in precedenti PNA, così come quella sulla trasparenza in materia di contratti pubblici.

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

PARTE GENERALE: OBIETTIVI E LIMITI

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

A seguito delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16 e dal d.lgs. n. 74/17, gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza declinati nel presente piano anticorruzione confluiscono di diritto nel Piano Performance; di conseguenza, gli adempimenti imposti dalla l. n. 190/12 e dai suoi decreti attuativi (il flusso costante delle pubblicazioni, l'obbligo di relazione annuale e l'obbligo della mappatura dei processi unitamente al monitoraggio a cura dei Direttori di Dipartimento o di Struttura complessa) costituiscono ex se "obiettivi performance". Nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 comma 8 della L.190/2012 l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino, pertanto ha definito obiettivi strategici ed operativi a carattere trasversale per tutte le strutture in Staff alla Direzione Strategica relativamente all'Anticorruzione e Trasparenza, con fissazione di indicatori di monitoraggio (sezione "Performance" del presente PIAO). Nella "Direttiva 2023: Atto di indirizzo della Direzione Strategica Aziendale" adottata con Delibera del DG n. 85/2023, nella parte dedicata a "Il sistema di Misurazione e Valutazione della Performance Aziendale", si precisa che "...minimo comun denominatore dell'operato delle UUOO sarà individuato.....nel garantire la necessaria crescita e apprendimento da parte delle risorse umane con particolare riguardo alle tematiche della trasparenza, integrità e di prevenzione della corruzione cui vengono attribuiti specifici obiettivi". Ancora, nella sezione dedicata agli "Obiettivi strategici in materia Anticorruzione e Trasparenza" si sottolinea che "particolare rilevanza rivestiranno obiettivi legati al rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del **PNRR**".

In vista dell'aggiornamento del nuovo PTPCT triennio 2023-2025, il RPCT ha avviato altresì una consultazione pubblica, esterna ed interna, per raccogliere i contributi e i suggerimenti di tutti gli attori coinvolti dal processo nell'ottica di elaborare un'efficace strategia anticorruptiva e di prevenzione, tenendo pertanto conto di specifiche ed ulteriori esigenze che potessero emergere.

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

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

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

Il decreto in commento ha previsto, altresì, che l'organo di indirizzo politico assicuri al RPCT poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, disponendo anche le eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie (art 1 c. 7, l. n. 190/12). **La Funzione pubblica, con Circolare n.1/2013, ha disposto poi che al RPCT fosse assegnato un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.**

L'Autorità nell'esercizio della funzione consultiva e di vigilanza nel tempo ha approfondito vari aspetti della disciplina, tra cui i poteri connessi all'espletamento della attività di RPCT e le condizioni di indipendenza, autonomia e supporto necessari a garantire a tale soggetto effettività nello svolgimento del ruolo.

Con delibera n. 840/2018, l'ANAC ha precisato che l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello di predisporre un sistema di prevenzione della corruzione di una amministrazione o di un ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione.

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

Di seguito i compiti che ricadono sul RPCT e riassunti nella delibera ANAC n. 840/2018:



- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il PTPCT e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'OIV le “disfunzioni” (*così recita la norma*) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- L'art. 1, c. 9, lett. c), l. 190/2012 dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art 1, c. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, c. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC, relazione che va girata all'organo politico e all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale dell'ente in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto “un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”.
- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: “Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”.
- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art. 43, co. 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 stabilisce che il RPCT curi la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio.

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

Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, è stato individuato dall'organo di indirizzo politico con **Deliberazione n. 929 del 10 ottobre 2019** nella persona del **dott. Vittorino Tecce**.

La durata dell'incarico è correlata alla durata del contratto sottostante l'incarico svolto all'interno dell'Azienda Ospedaliera. È esclusa l'attribuzione di alcun compenso aggiuntivo, fatto salvo il solo riconoscimento di eventuali retribuzioni di risultato legate all'effettivo conseguimento di precisi obiettivi performance predeterminati in sede di previsioni delle misure organizzative di prevenzione della

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

In tema di responsabilità del RPCT

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

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

SOGGETTI COINVOLTI NELLA LOTTA ALLA CORRUZIONE

Con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 97/16, il legislatore ha puntato non solo su un maggiore coinvolgimento dell'organo politico, ma anche di coloro che, a vario titolo, si trovano a lavorare in una pubblica amministrazione, trasformando di fatto la lotta alla corruzione da obiettivo del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ad obiettivo comune.

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

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

La Direzione Strategica deve:

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

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

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- definire misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- controllare attraverso l'attività di monitoraggio e quindi di verifica della efficacia delle misure indicate per ciascun procedimento, il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti dell'ufficio;
- rispondere della pubblicazione degli atti del loro settore ed alle istanze pervenute al loro ufficio in materia di accesso civico generalizzato, come previsto dal d.lgs. n. 33/13, modificato dal d.lgs. n. 97/16

(art 14 c. 1-quater, d.lgs. n. 33/13);

- vigilare sull'applicazione dei codici di comportamento e verificare le ipotesi di violazione, ai fini del conseguente avvio di procedimenti disciplinari o penali;
- informare i dipendenti e procedere alla eventuale rotazione del personale esposto al rischio di corruzione.

I Direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC ed UU.OO. dell'area amministrativa, tecnica e medica possono nominare dei **Referenti**, generalmente individuati nei dipendenti titolari di Posizione Organizzativa (in mancanza di titolari di P.O. personale afferenti alla struttura), previo conferimento di formale incarico a questi notificato. Stante l'organizzazione Aziendale, che prevede l'esistenza di due Presidi Ospedalieri (la Città Ospedaliera in Avellino e il PO Landolfi a Solofra), con circa 1800 dipendenti, con il presente Piano si individuano quali **referenti** del Responsabile per la prevenzione della corruzione, tutti di Direttori/Dirigenti/Responsabili delle varie articolazioni in cui si sviluppa l'Azienda secondo quanto previsto dal vigente Atto Aziendale (Delibera D.G. n. 799 del 29.07.2021). I Referenti svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e attività di monitoraggio sull'attività svolta della struttura di competenza.

L'O.I.V.

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

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

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

Attualmente l'O.I.V. è composto dal dr. Cuono LIGUORI, con funzioni di Presidente, dalla dott.ssa Adelina DI PIETRO e dal dott. Nicola MEDICI, in qualità di componenti (Deliberazione del DG 597/2021).

Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

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

Composizione dell'U.P.D.:

Presidente: Dott.ssa Amy MORRISON- Direttore UOC "Gestione Risorse Umane"

Componente titolare: Dott.ssa Giovanna PETITTO, Dirigente presso UOC "G.R.U.

--- **Componente supplente:** Avv. Lydia D'AMORE, Direttore UOC Affari Legali

--- **Componente supplente:** Dott. Lanfranco Aquilino MUSTO, Direttore UOC "Radiologia"

Segretario: Dott. Giovanni Verusio - collaboratore amministrativo

(Deliberazione del DG n. 170 del 18/02/2022)

Composizione COLLEGIO SINDACALE:

dott. Francesco EVANGELISTA – designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze

dott. Stefano DEL GIUDICE – designato dal Ministero della Salute

dott. Martino VALIANTE – designato dalla Regione Campania

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

I dipendenti:

- osservano le misure contenute nel PTPCT (**la loro violazione costituisce illecito disciplinare**);
- segnalano le situazioni di illecito o di personale conflitto di interessi e la mancata attuazione del piano delle misure in base a quanto previsto dai Regolamenti dell'ANAC n.n. 328 e 330 del 29 marzo 2017.

I collaboratori:

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

II RASA

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (R.A.S.A.) che cura l'inserimento e l'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa nell'Anagrafe Unica Stazione Appaltante (AUSA). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. In caso di mancata indicazione nel PTPCT del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità può esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA. Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest'ultimo. Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati. Per l'espletamento dei compiti connessi a tale ruolo, l'Azienda ha individuato con delibera n. 812 del 13 Novembre 2013 la Sig.ra Franca Sonia PAGLIUCA.

Il Gestore Antiriciclaggio

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

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;

- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

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

Azioni da intraprendere: nomina del Gestore Antiriciclaggio (previsione) e adozione modulo segnalazioni; integrazione delle misure antiriciclaggio con le misure anticorruptive presenti nel Piano e svolgimento dei processi di formazione del personale; implementazione delle misure.

ANALISI DEL CONTESTO

Analisi del contesto esterno

L'Analisi del contesto esterno serve per sottolineare come spesso le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale si trova ad operare una pubblica amministrazione possano favorire o meno il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, come tali caratteristiche ambientali possano condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l'applicazione delle misure di prevenzione. Ad ogni modo per un'analisi approfondita della situazione ambientale del territorio di Avellino e dintorni, si rinvia: alla "Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata-anno 2020" trasmessa dal Ministro dell'Interno al Parlamento, alla Relazione Annuale che il Presidente dell'ANAC ha illustrato alla Camera dei Deputati nella seduta del 23 giugno 2022 e alla Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia, secondo semestre 2021.

<https://www.interno.gov.it/it/stampa-e-comunicazione/dati-e-statistiche/relazione-parlamento-sullattivita-forze-polizia-sullo-stato-dellordine-e-sicurezza-pubblica-e-sulla-criminalita-organizzata>
<https://www.anticorruzione.it/-/relazione-annuale-2021->
https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2022/09/Relazione_Sem_II_2021-1.pdf

Analisi del contesto interno

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

Mission

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino offre prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito di ricoveri ordinari (di più giorni), giornalieri (Day-Hospital e Day-surgery), visite e Prestazioni diagnostiche.

Ha un bacino di utenza di circa 500.000 abitanti. L'orientamento al benessere, alla qualità di vita dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari costituisce impegno costante dell'Azienda ad erogare salute a 360 gradi.

La qualità rappresenta la scelta strategica aziendale, per il perseguimento degli obiettivi di

- *centralità del paziente;*
- *qualità delle prestazioni fornite;*
- *ottimizzazione degli acquisti;*
- *tempestività nell'erogazione delle prestazioni;*
- *miglioramento delle condizioni di comfort alberghiero;*
- *miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti, per gli operatori e per i visitatori.*

Con Delibera n 882/19 la Direzione Strategica ha provveduto a definire l'integrazione funzionale nell'ambito dell'AORN Moscati delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero "Landolfi" di Solofra (AV).

L'Azienda ha aderito agli obiettivi in materia di Gestione del Rischio Clinico, secondo le direttive del Ministero Salute e della Regione Campania, e ha sviluppato un processo di gestione del rischio con lo scopo di affrontare il problema della prevenzione e della gestione del rischio in sanità. *E' stata avvertita la necessità di sviluppare un Sistema della Gestione del Rischio Clinico basato sull'identificazione, la valutazione ed il trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con lo scopo primario di migliorare la sicurezza dei pazienti e, allo stesso tempo, diminuire i costi attraverso la riduzione degli eventi avversi prevenibili intervenendo nella gestione dell'errore che è stato commesso, agendo su ciò che è accaduto, conseguenza di un errore che ha portato a visualizzare il rischio in maniera quindi reattiva, ma anche cercando di focalizzarsi su una prevenzione del rischio, in maniera quindi proattiva.* Nella nostra Azienda è stato implementato e si continua ad implementare un progetto formativo gestionale quale utile strumento nella quotidiana attività di lavoro, in particolare per quanto riguarda la formazione, l'individuazione e l'analisi dei rischi clinici e delle priorità di intervento e la verifica delle azioni correttive concordate e finalizzate, tra l'altro, al miglioramento della qualità della prestazione sanitaria resa, tendendo alla minimizzazione dell'errore, con particolare attenzione alla puntuale e meticolosa compilazione delle cartelle cliniche, alla redazione delle note informative e somministrazione del consenso informato, alla riorganizzazione ed ottimizzazione del lavoro, utilizzando strumenti volti alla verifica della qualità e in particolare lo strumento dell'audit quale contributo fondamentale alla moderna gestione del Rischio Clinico. Vengono raccolte le comunicazioni inerenti le richieste risarcitorie in un database aziendale ed analizzate al fine di proporre protocolli e procedure che per tendere alla diminuzione dell'errore devono necessariamente essere condivise e diffuse tra gli operatori. L'Azienda partecipa alla rilevazione e registrazione degli eventi sentinella aggiornando l'apposita piattaforma ministeriale "Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità" (SIMES) in ottemperanza alle direttive del Ministero della Salute. L'UOC Rischio Clinico cura la formazione ed aggiornamento di tutti i dipendenti sulle tematiche relative e complementari alla gestione del rischio in sanità, nonché la formazione, coordinamento, aggiornamento e programmazione delle attività dei "Facilitatori per il rischio clinico", composto da professionisti sanitari e non che operano nell'Azienda supportando lo sviluppo dei processi di miglioramento collegati alla sicurezza a 360 gradi, individuati e formati in tutte le UU.OO. L'UOC Rischio Clinico è impegnata, anche, nella collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero al follow up. Il percorso ha portato all'adozione del Modello Sistemico di Gestione del Rischio in Ambito Sanitario ottenendo la Certificazione di I° e II° Livello rispettivamente negli anni 2014 e 2016. In seguito l'Azienda ha aderito al "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" in virtù del passaggio dal modello sistemico con impostazione di sistema (iso 9000) al modello italiano con impostazioni di processo (iso 17065),

procedendo da un approccio che definisce ed organizza, ad uno che garantisca anche l'esito finale dettato dal modello di riferimento. Nel corso del 2019, in continuità con l'adesione di cui sopra, si è tenuto l'audit di certificazione di II livello secondo il "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" con la verifica del rispetto dei requisiti da parte di Ente Terzo Certificatore. Nel 2020 è stata raggiunta la certificazione di III Livello per l'UOC Malattie Infettive e l'UOC Cardiochirurgia. Nel 2022, in virtù dell'evoluzione del Modello Italiano, con la pubblicazione della versione 4.0, che rimodulato i requisiti e i livelli di certificazione, l'U.O.C. Gestione del Rischio Clinico ha ottenuto la certificazione del terzo livello del Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità "Migeris" per il presidio ospedaliero "Moscati" e del quarto livello per le UU.OO. di Cardiochirurgia e Pediatria.

IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

- 1. mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;*
- 2. valutazione del rischio per ciascun processo;*

- 3. trattamento del rischio;*
- 4. monitoraggio;*

5. *aggiornamento e revisione.*

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

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SI ARTICOLA IN TRE FASI: L'IDENTIFICAZIONE, L'ANALISI E LA PONDERAZIONE

L'identificazione del rischio

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

L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

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

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

Scelta dell'approccio valutativo

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

Individuazione dei criteri di valutazione

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

Di seguito si riportano gli indicatori:

- a) **Discrezionalità:** il processo è discrezionale?

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

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

La ponderazione del rischio

Tale fase ha l'obiettivo di stabilire:

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

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI CONTRASTO

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

MISURA DI CONTRASTO	CODICE MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedurali	M03
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M04
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M05
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali.	M06

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di ag-giudicazione ed ulteriori misure per i contratti pubblici	M07
Whistleblowing	M08
Patti di integrità	M09
Formazione	M10
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione, ordinaria e straordinaria	M11
Il divieto di pantouflage	M12
Semplificazione e sensibilizzazione	M13

Per ogni misura, dopo una breve descrizione delle stesse con particolare riguardo alla normativa di riferimento, vengono descritte le azioni/obiettivi da intraprendere/raggiungere, gli indicatori e verifica dei risultati attesi (cose richiesto dal nuovo PNA 2022).

M01) Adempimenti relativi alla Trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal d.lgs. n. 97/2016, si stabilisce che *“All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza”*. Con Delibera n. 929 del 10 ottobre 2019 è stato nominato come Responsabile anche della Trasparenza il dott. Vittorino Tecce. **Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla “trasparenza” (a cui si rimanda), i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza.**

Le sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati sono: “bandi di concorso” e “bandi di gara e contratti”. Per le altre sottosezioni, così come previsto dalla sezione Trasparenza del vigente PIAO aziendale, ciascun Direttore (Dipartimentale e UU.OO.CC/ UU.OO. PTA) è tenuto, per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile dell'U.O.C. Sistemi Informativi, nei tempi e modalità richieste dalle vigenti disposizioni, i dati, i documenti e le informazioni da pubblicare nella sezione “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”. La struttura deputata alla pubblicazione dei dati è l'U.O.C. Sistemi Informativi nella persona del suo Direttore. Al tempo stesso ognuno è delegato all'accesso civico, per atti del proprio settore. In caso di ritardo o inerzia del R.P.C.T., il cittadino può ricorrere al Titolare del Potere sostitutivo. Nel corso del 2022 è stata effettuata una verifica a campione delle istanze di accesso civico e documentale presentate e dei relativi esiti; altresì è stata effettuata, così come previsto dalla normativa in materia, il controllo da parte del RPCT dell'obbligo di pubblicazione da parte degli Uffici, ciascuno per la parte di propria competenza, sul sito aziendale nella sezione “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: implementazione del registro informatico per monitorare le istanze di accesso civico generalizzato pervenute in Azienda, usufruendo della collaborazione del Responsabile della transizione digitale e delle indicazioni operative per l'implementazione del registro degli accessi FOIA fornite dal Dipartimento della funzione pubblica disponibili su www.foia.gov.it; alimentazione delle sezioni di Amministrazione Trasparente secondo le tempistiche previste dalla normativa in materia.

INDICATORI: (si/no) messa a sistema del registro informatico; check list controllo a campione delle sezioni Amministrazione Trasparente e comunicazione esito.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e Direttore UOC Sistemi Informativi; RPCT, OIV, tutti i Direttori di Dipartimento/ UU.OO.CC e coloro che pur ricoprendo simili ruoli, trovandosi ad operare nelle articolazioni aziendali periferiche, sono stati nominati *referenti*.

M02) Il Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento ha rivestito sin da subito un ruolo fondamentale nella strategia di prevenzione della corruzione, perché è uno dei principali strumenti volti ad orientare i comportamenti dei funzionari pubblici alla cura dell' interesse pubblico, in stretta connessione con i Piani Triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza, tanto è vero che la l. n. 190/12, in particolare l' art 1 c. 44 ha sostituito l'art 54 del d.lgs. n. 165/01, prevedendo da un lato, l' adozione di un codice di comportamento valido per tutte le amministrazioni pubbliche, dall' altro imponendo a ciascuna P.A. l' adozione di un codice di comportamento ad integrazione di quello generale.

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

La linea guida n. 358/17 analizza in particolare alcuni aspetti delicati, quali le situazioni di conflitto di interessi, la tutela del dipendente che segnala illeciti, rapporti con gli informatori farmaceutici, le attività di sperimentazione e ricerca, la previsione di norme di condotta correlate a processi a rischio secondo la suddivisione contenuta nella determinazione n. 12/15 dell'ANAC.

Suggerisce, altresì, di dedicare un paragrafo del Codice alla elencazione delle attività a elevato rischio corruttivo (esempio: attività conseguenti al decesso intraospedaliero, attività libero professionali, sperimentazioni cliniche etc.) e alla individuazione di quei doveri comportamentali attesi dal personale dipendente. A questo intervento, che di per sé, ha già contribuito alla riscrittura del Codice di Comportamento per come era stato pensato sino ad un recente passato, si sono aggiunte le nuove linee guida ANAC n. 177/2020 frutto di uno studio fatto sulle stesse PP.AA. , il quale ha rivelato come in realtà, la maggior parte degli enti, hanno sì provveduto ad adottare un proprio codice di Comportamento, che però, spesso si è rivelato solo una riproduzione del Codice Nazionale, elusiva delle disposizioni di legge", senza la individuazione di quegli elementi effettivi di integrazione, che avrebbero poi portato ad una differenziazione degli stessi Codici adottati dalle varie amministrazioni. Non è un caso, se l'ANAC già nel PNA 2018 e, lo ha poi ribadito nel PNA 2019, sottolinea come "la mera riproduzione del Codice di Comportamento generale è elusiva delle disposizioni di legge" oltre ad esporre l'amministrazione a procedimento di vigilanza istruito dall' Autorità che, in tali casi, potrà pretendere l'adozione di un nuovo Codice di Comportamento più integrativo rispetto a quello che è stato adottato in precedenza. Queste nuove linee guida sostituiscono quelle adottate dall' Autorità con delibera n. 75 del 2013, con cui l'Autorità aveva già richiamato le amministrazioni ad un corretto esercizio del dovere di dotarsi del proprio Codice, facendo presente che l'approvazione di Codici meramente riproduttivi di quello generale sarebbe stata considerata del tutto equivalente alla **omessa adozione**.

Il Codice di Comportamento rientra tra le misure di prevenzione della corruzione di tipo "soggettivo", perché in esso sono declinati i doveri comportamentali che ciascun dipendente dovrebbe adottare per garantire la migliore efficacia di quelle misure di tipo "oggettive" descritte nel piano e legate all' organizzazione interna dell'ente. La necessità di collegare il Codice di Comportamento al PTPCT, aspetto innovativo su cui ritorna più volte l'Autorità nella sua nuova linea guida, discende dalla importanza di

includere sin da subito il comportamento dei dipendenti pubblici nella strategia di prevenzione della corruzione. Ne deriva che, i comportamenti dei dipendenti disciplinati all' interno del Codice diventano strumenti per una buona riuscita delle misure di prevenzione.

Con Delibera n. 1037 del 18.10.2021 è stato adottato il nuovo "Codice di Comportamento per il personale operante nell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S.G. Moscati di Avellino". L'Azienda ha adottato tale Codice previa consultazione pubblica dello stesso sul sito web aziendale (al link news e Amministrazione Trasparente/disposizioni generali/atti generali e sottosezione Altri contenuti) con l'invito agli stakeholder a far pervenire osservazioni, proposte di integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti mediante la compilazione di un apposito modulo.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: pianificazione di un corso di formazione rivolto ai dipendenti sul Codice di Comportamento; attivazione di un monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei Direttori/Dirigenti.

INDICATORI: (si/no) pianificazione del corso e numero di partecipanti; valutazione dell'impatto formativo con somministrazione di test (risultato dei test/risultato atteso); attestazione dei Direttori/Dirigenti nei report infrannuali.

SOGGETTI RESPONSABILI: Il RPCT vigila sull'attuazione del Codice di Comportamento, tutti i Direttori di Dipartimento/UU.OO.CC. vigilano sull'osservanza del codice da parte del personale dipendente; collaborazione con il Responsabile della formazione aziendale per il corso da effettuare entro la fine dell'anno in corso.

NOTE: misura comune a tutti i livelli di rischio individuati nel piano e a tutti i dipendenti.

M03) Informatizzazione processi e monitoraggio dei termini procedurali

Tra le misure più importanti che eliminano il potere discrezionale della stazione appaltante vi è il passaggio dal cartaceo al digitale delle attività amministrative e procedurali presenti nell'Azienda. Con riguardo all'informatizzazione dei processi, si è avuto riscontro con relazione a firma del Direttore dell'UOC Sistemi Informativi.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: riscontro nella relazione semestrale a cura dei Direttori/Responsabili di struttura sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori e sul rispetto dei termini procedurali; relazione a firma del Direttore dell'UOC Sistemi Informativi sull'Informatizzazione dei processi.

INDICATORI: (si/no) invio della relazione semestrale; verifica a campione a cura del RPCT del rispetto dei tempi del procedimento con cadenze pianificate in un report.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT e Direttori/ Responsabili di struttura

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

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", emanato con il d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, sopra citato. In particolare, l'art. 6 rubricato "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi" prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in

qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate. L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. L'art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'**obbligo di astensione**, in sintonia con quanto disposto per l'astensione del giudice all'art. 51 c.p.c. . Più nel dettaglio l'art. 7 dispone che **«il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza»**. Ciò vuol dire che, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Il D.P.R. n. 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art. 7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio". Sebbene la norma sembri configurare un'ipotesi di conflitto di interessi configurabile in via automatica, si ritiene opportuno che il dipendente comunichi la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione in conformità a quanto previsto all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013. Si rammenta, peraltro, che uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente è previsto nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione.

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

Con **delibera n. 1186 del 19 dicembre 2018, l'ANAC ha precisato che** nei casi in cui il funzionario debba astenersi, tale astensione riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del funzionario interessato. Per tali motivi, L' Azienda ritiene opportuno prevedere:

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

Riguardo poi al conferimento di incarichi a consulenti o collaboratori, la verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con

l'art. 2 del d.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche. Pertanto, si ritiene opportuno puntare:

- sulla predisposizione di un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- sul rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- sull'aggiornamento, (anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- sulla previsione di un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

IL PNA 2022 ha dedicato la parte speciale alla disciplina dei contratti pubblici. Apposite sezioni hanno trattato la tematica dei conflitti di interessi in materia e della figura del RUP.

Nel corso del 2022 è stato effettuato, da parte del RPCT, un controllo/verifica a campione sulla presenza delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di astensione e conflitto di interessi dei membri delle commissioni di gara e dei concorsi e sull'inserimento, nelle delibere e determine aziendali, della formula di stile della "Dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi", da parte del Responsabile del Procedimento in relazione al procedimento stesso, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/90 della Misura M4 del PTPCT.

Con Delibera n. 1196 del 14/11/2022, è stato adottato il Regolamento per la partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni con fonti provenienti da Società/aziende/soggetti esterne. Il Regolamento è finalizzato alla salvaguardia ed alla trasparenza delle attività formative con sponsorizzazione individuale, facendo in modo che i contratti tra i dipendenti dell'AORN Moscati e le aziende private avvengano all'interno di un processo trasparente, evitando situazione di conflitto di interesse, anche potenziale.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: monitoraggio sull'attuazione della misura da parte dei responsabili dei singoli settori con particolare riguardo ai contratti pubblici stante la gestione dei fondi del PNRR (dichiarazioni RUP ed eventuale personale di supporto, componenti di commissioni di gara); esemplificazione di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interesse.

INDICATORI: (si/no) relazione responsabili settori; (si/no) esemplificazione di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interesse.

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

NOTE: misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano.

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

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni”, nell’ambito della più ampia strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni di corruzione delineata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, disciplina ex novo il tema del conferimento degli incarichi in ambito sanitario. Le precedenti normative di settore che regolavano la incompatibilità del personale medico del SSN (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, commi 9 e 11; legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 7) erano poste a tutela della esclusività del rapporto lavorativo, in funzione della valorizzazione e della migliore utilizzazione del servizio dei medici: da qui l’assoluto divieto, per il medico del servizio pubblico, di instaurare rapporti ulteriori o detenere la titolarità o la compartecipazione di quote di imprese in potenziale conflitto di interesse. La violazione di tale divieto era sanzionato disciplinarmente dalla normativa sull’impiego del personale del SSN, come più volte precisato dalla giurisprudenza.

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

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

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

b) L’Inconfiribilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi all’interno delle strutture sanitarie, nella fattispecie delineata dall’art. 5 del d.lgs. n. 39/2013, il legislatore adotta un criterio analogo a quello utilizzato per le altre amministrazioni. La norma infatti vieta il conferimento degli incarichi a soggetti che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche nei due anni precedenti presso enti privati regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. E’, quindi, l’esistenza di un rapporto qualificato tra l’impresa privata di provenienza e il servizio sanitario regionale ad impedire il conferimento dell’incarico. Si evidenzia che il conferimento è vietato non solo all’interno della struttura sanitaria titolare delle funzioni di regolazione o finanziamento, ma anche presso le altre strutture/ enti rientranti nel territorio regionale. Manca del tutto, invece, una previsione di inconfiribilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal sistema sanitario nazionale.

c) L’Inconfiribilità per provenienza da incarichi politici

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

pubblici degli enti di diritto privato in controllo pubblico che svolgano funzioni rilevanti di regolazione e finanziamento del servizio sanitario nazionale. Per le cariche parlamentari l'inconferibilità è generale, ma ha una durata inferiore: un anno. A livello regionale l'inconferibilità per coloro che abbiano fatto parte della giunta o del consiglio regionale o che siano stati amministratori di enti che svolgano funzioni di regolazione del servizio sanitario regionale è di tre anni, a causa del rapporto molto ravvicinato tra organi di indirizzo e incarichi nelle ASL. A livello locale l'inconferibilità, più breve (due anni), è relativa a coloro che siano stati amministratori locali nelle province e nei comuni maggiori della regione.

LA SITUAZIONE DI INCONFERIBILITÀ NON PUÒ ESSERE SANATA.

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

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

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

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

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

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

resta in capo al Responsabile di prevenzione della corruzione. Non è chiara, infine, la ragione per cui l'articolo 10 del d.lgs. n. 39/2013 limiti le ipotesi di incompatibilità solo nel caso in cui l'attività di finanziamento o regolazione sia riconducibile al servizio sanitario regionale e non anche, più in generale, a quello nazionale.

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

b) Incompatibilità con l'esercizio di cariche politiche

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

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

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

Trattasi di un decreto che ha posto sin da subito dei problemi applicativi legati al fatto che tutti gli articoli che lo compongono fanno riferimento solo alle ASL ed è per questo che l'ANAC è intervenuta con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 a risolvere la questione applicativa, sottolineando come, in realtà, nella nozione di aziende sanitarie ed ospedaliere, contenuto nell' art 1 c. 50 punto 2) l. n. 190/12, vadano incluse tutte le strutture preposte all'erogazione dei servizi sanitari, comprese anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Successivamente, le difficoltà applicative della normativa sulle inconferibilità / incompatibilità riscontrate dall'ANAC, hanno spinto l'Autorità ad adottare la **delibera n. 833 del 3 agosto 2016**, con l'obiettivo di chiarire, da un lato, ruolo e compiti del RPCT nel procedimento di accertamento delle cause descritte dal d.lgs. n. 39/13 c.d. *vigilanza interna*, dall'altro, i delicati passaggi che connotano la distinta attività di verifica di quest'ultimo rispetto alla c.d. attività di *vigilanza esterna* e ai poteri di accertamento riconosciuti in capo all'ANAC. **In base a quanto previsto dall'art 15 de d.lgs. n. 39/13**, il RPCT **cura** anche attraverso **le misure di prevenzione del PTPCT**, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto in esame; **contesta** all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o incompatibilità; **segnala** i casi di possibili violazioni all'ANAC, alla AGCM e alla Corte dei Conti, per eventuali responsabilità amministrative. Nel caso di violazione delle norme sulle inconferibilità, la contestazione della violazione va fatta nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito e rappresenta l'atto iniziale di un'attività che può essere svolta solo dal RPCT, comprensiva di due distinti accertamenti: uno relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconferibilità ed uno successivo, destinato a valutare l'elemento psicologico in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art 18 del decreto *de quo*. A dire il vero, la disciplina vigente non sembra richiedere la sussistenza dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, limitandosi a descrivere la sanzione inibitoria (consistente nel divieto di conferire incarichi di loro competenza per 3 mesi), quasi come se fosse una conseguenza automatica della dichiarazione di nullità dell'incarico. Sul punto l'ANAC ha ritenuto di escludere qualunque automatismo tant'è che, nonostante il silenzio della legge, con **delibera n. 67/2015**, ha provveduto a far precedere la sanzione precitata, da una verifica attenta del predetto elemento psicologico. Accertata la

sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, il RPCT dichiara la nullità della nomina e **procede alla verifica dell'elemento soggettivo** del dolo o della colpa, anche lieve, **dei soggetti che all'atto della nomina componevano l'organo che ha conferito l'incarico**, ai fini dell'applicazione della sanzione inibitoria prevista dall'art 18.

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

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

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

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

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

Ad inizio di ogni anno il RPCT provvede a richiedere alla Direzione Strategica il rilascio della dichiarazione dell'assenza delle cause di incompatibilità di cui al d.lgs 39/2013. Le stesse dichiarazioni, così come previsto dalla normativa in tema di trasparenza, vengono pubblicate nell'apposita sezione del sito aziendale "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE". Ogni anno, così come previsto dalla normativa in materia, la Dirigenza PTA provvede al rilascio della dichiarazione dell'insussistenza delle cause di incompatibilità per l'anno in corso con l'impegno a comunicare eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

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

INDICATORI: numero di dichiarazioni controllate

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e chi rilascia la dichiarazione

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

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto. In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato. La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario. È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, c. 5 e 7). Il rilievo delle disposizioni dell'art. 53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante. Un'ulteriore modifica apportata dalla l. 190/2012 riguarda la previsione di appositi regolamenti (da adottarsi su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, co. 2, della l. 400/1988) con cui individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche (art. 53, co. 3-bis). **L'AORN S.G. Moscati ha provveduto all'adozione di un Regolamento in materia.** Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le Amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 53, c. 12). Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

Come da relazione, agli atti d'ufficio, e a firma del Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane, nel corso del 2022 non ci sono state segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra- istituzionali non autorizzati. Si è chiesto all'UOC GRU l'avvio dell'iter per l'aggiornamento del "Regolamento per l'autorizzazione ed il conferimento al personale dipendente di incarichi non compresi nei compiti e doveri d'ufficio".

AZIONI DA INTRAPRENDERE: controllo assenza di segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati; rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extra-istituzionali, e se del caso, implementazione di documentazione ad hoc.

INDICATORI: numero segnalazioni pervenute sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali; numero di richieste più frequenti di incarichi extra-istituzionali; (si/no), se del caso implementazione della documentazione ad hoc.

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

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

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

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

Si evidenzia, peraltro, che il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento. L'art. 35-bis prevede, dunque, ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

Nel corso del 2022 è stato effettuato, da parte del RPCT, un controllo/verifica a campione sulla presenza delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di astensione e conflitto di interessi dei membri delle commissioni di gara e dei concorsi.

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

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

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

8 M08) Il Whistleblowing

In Italia la prima disciplina sul whistleblowing è stata introdotta con la **legge 190/2012** (c.d. legge "Severino"), che ha inserito l'art. 54-bis nel corpo del Testo unico del pubblico impiego (d.lgs. 165/2001), prevedendo un regime di speciale tutela del dipendente pubblico che segnalava all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti o ancora all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) ovvero riferiva al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui era venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, "al fine di incentivare i medesimi dipendenti a denunciare gli illeciti rilevanti partecipando all'emersione dei fenomeni di corruzione e di mala gestio". La disciplina è stata integrata dal **decreto legge 90/2014**,

convertito nella legge 114/2014, che ha modificato l'art. 54-bis, introducendo l'ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni. Da allora, l'ANAC è chiamata a gestire non solo le segnalazioni provenienti dal suo interno, ma anche quelle derivanti da altre amministrazioni pubbliche.

Al termine di un lungo e travagliato iter legislativo, il 30 novembre 2017 è stata approvata la **legge 179/2017** recante **"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui sono venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato"**. La legge in parola introduce quindi un sistema binario, prevedendo una tutela sia per i lavoratori del settore pubblico sia per i lavoratori del settore privato. Il provvedimento mira a incentivare la collaborazione dei lavoratori per favorire l'emersione di pratiche illegali realizzate all'interno di enti pubblici e privati.

Tra gli aspetti più salienti della novella (L. 29/12/2017 n. 179) si segnalano:

- Un ampliamento della tutela al dipendente di un ente pubblico economico o di un ente privato sottoposto a controllo pubblico.
- Il RPCT diventa unico destinatario della segnalazione.
- E' prevista la nullità per ogni atto discriminatorio posto in essere dall'amministrazione pubblica nei confronti del segnalante;
- Previsione di sanzioni salatissime in capo a colui che ha adottato la misura discriminatoria (da € 5.000 ad € 30.000).
- Previsione di sanzioni salatissime in caso di mancato svolgimento da parte del RPCT di un'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute (da € 10.000 ad € 50.000).
- Inversione dell'onere della prova in capo all' Ente, tenuto a provare che la misura ritorsiva adottata nei confronti del segnalante esula da ragioni legate alla segnalazione.
- Le tutele previste dalla legge per chi fa la segnalazione non sono offerte in caso di accertata responsabilità penale per calunnia o diffamazione.

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

In linea con le indicazioni della L. n. 179/17, l'AORN San Giuseppe Moscati ha provveduto ad accreditarsi sulla piattaforma **whistleblowingPA di Transparency International**, pubblicando sulla home page e in Amministrazione Trasparente-Altri Contenuti-WHISTLEBLOWING il relativo link che di seguito si riporta:

<https://sangioseppemoscati.whistleblowing.it>

Con nota prot. n. 64/2020, il RPCT ha provveduto a comunicare il link a tutti gli uffici dell'Azienda Ospedaliera Moscati.

Il Parlamento Europeo ha approvato il 7/10/2019 la nuova direttiva, n. 1937, sul whistleblowing; con l'approvazione dello schema di decreto legislativo del 9 dicembre 2022 anche l'Italia ha recepito la Direttiva UE 2019/1937 sul whistleblowing. L'11 gennaio 2023 il Garante della Privacy ha dato parere favorevole al suddetto schema. Sulla Gazzetta Ufficiale n.63 del 15 marzo 2023 è stato pubblicato il decreto legislativo definitivo, il n. 24 del 10 marzo 2023, di attuazione della suddetta direttiva (UE) 2019/1937. Il decreto entrerà in vigore il 15 luglio 2023 e si applicherà a tutti i datori di lavori del settore pubblico e privato, fino ad allora troverà applicazione la vigente normativa.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: attivazione di percorsi formativi sul tema della legalità, sul whistleblowing e sulla nuova normativa che ha recepito la direttiva europea; pianificazione dell'uso della piattaforma open source per le segnalazioni di whistleblowing.

INDICATORI: numero di partecipanti ai suddetti corsi di formazione e valutazione dell'impatto formativo (con predisposizione di test); (si/no) utilizzo o meno della piattaforma per le segnalazioni.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e tutto il personale; sinergia con il Responsabile della UOS Formazione per l'organizzazione dei corsi di cui sopra.

M09) Il Patto di Integrità

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

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

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

Nel corso del 2022 il RPCT ha avviato un monitoraggio sull'attuazione della misura tramite verifica a campione dell'Allegato "Patto Integrità AORN Moscati" alle gare espletate dall'Azienda.

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

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

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT, Direttore UU.OO.CC. Acquisizione Beni e Servizi, Dirigenti e personale in fase di attuazione.

M10) La Formazione

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

La formazione in materia di anticorruzione e trasparenza è obbligatoria e non rientra nei limiti di spesa previsti dal d.l. n. 78/2010 come confermato dalla giurisprudenza contabile della Corte dei Conti Emilia Romagna – Deliberazione n. 276/2013.

Ad inizio 2022 è stato svolto in modalità webinar il corso "Legge Anticorruzione n. 190/2012", ultimo corso di un ciclo di precedenti attività formative che ha visto la partecipazione di molti dipendenti aziendali e soprattutto dei nuovi assunti. Si è partiti con una disamina generale della normativa in materia per poi soffermarsi su argomenti specifici e nel dettaglio: PTPCT, gestione del rischio, misure di prevenzione della corruzione, obbligo del dipendente di segnalare eventuali situazioni di illecito

(whistleblowing), linea guida per l'adozione del codice di comportamento negli enti appartenenti al SSN, la trasparenza amministrativa. Il corso ha visto la partecipazione di molti dipendenti, sia personale sanitario che personale amministrativo, è stato appropriato nei contenuti e con taglio pratico, con possibilità di porre domande al docente a fine sessione formativa.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: pianificazione della formazione riguardante i temi della Corruzione e della Trasparenza, con eventuale strutturazione della formazione su due livelli: generale e specifico. Richiamando la sezione del presente PIAO "Formazione del personale", sono stati pianificati nel dettaglio i seguenti corsi di formazione: Etica e Legalità, Codice di Comportamento, conflitto di interessi, Whistleblowing, Trasparenza e obblighi di pubblicazione ai sensi del D.lgs 33/2013, il sistema di gestione della corruzione.

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

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttori/Responsabili di struttura, Responsabile ufficio Formazione.

M11) La rotazione ordinaria e straordinaria del personale

La **rotazione ordinaria** del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

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

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

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

In base alle indicazioni dell'ANAC, sarebbe opportuno che l'organo politico, previa verifica dei contratti in scadenza e quindi, degli uffici potenzialmente interessati dalla applicazione della misura, procedesse alla adozione di un atto di indirizzo che contenga i criteri della rotazione prima declinati. All'uopo sempre l'Autorità, suggerisce di coinvolgere prima gli uffici più esposti al rischio di corruzione, per poi considerare gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso; potrebbe risultare, altresì, utile programmare in tempi diversi, e quindi non simultanei, la rotazione dell'incarico dirigenziale e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio, oltre al necessario distinguo tra l'area amministrativa, tecnica e medica, come tempi di applicazione della misura. Di qui l'importanza di adottare un **"piano aziendale di rotazione"** articolato su base pluriennale, che preveda la rotazione del personale dirigenziale e non dirigenziale.

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

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

Dalla disposizione si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva ad altro servizio. **Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area/ ufficio in cui si sono verificati i fatti oggetto di procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.**

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

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

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

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

La norma in commento, se da un lato, afferma che la misura trova applicazione non appena l'amministrazione sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale o disciplinare legato alla messa in atto da parte del dipendente di condotte di natura corruttiva, dall'altro non chiarisce né *i reati presupposti*, la cui commissione fa scattare l'applicazione della misura, né *il momento del procedimento penale* in cui l'amministrazione è tenuta tramite l'adozione di un provvedimento formale a fare una valutazione sull'applicabilità della misura.

Per l'ANAC, il momento dell'applicazione della misura della rotazione deve coincidere con l'iscrizione del soggetto nel registro delle notizie di reato, in quanto con tale atto prende avvio il procedimento penale ed in considerazione del fatto che al registro possono accedere solo l'autore del reato, la persona offesa ed i relativi difensori; per cui, ad avviso dell'Autorità, l'ente è tenuto ad adottare un provvedimento che disponga l'applicazione della misura o la conferma dell'incarico in attesa degli esiti del procedimento penale.

Tuttavia, se ci si sofferma sulle modifiche apportate dalla l. n. 3/2019 c.d. legge spazza-corrotti, colpisce che la linea guida nulla dice al riguardo.

L'avvento della legge e le modifiche da essa apportate al regime delle pene accessorie (art 317 bis c.p.), hanno, di fatto stravolto l'applicazione della misura in caso di sentenza di condanna superiore a 2 anni ,

se si considera che la nuova legge da un lato, dice che se il dipendente viene condannato con una pena superiore a 2 anni è sospeso ipso iure dalla legge, dall'altro non specifica di che tipo di sentenza si tratta (1 grado o definitiva); si comprende come, di fatto queste lacune normative, hanno finito per restringere il campo di applicazione della misura da parte delle pubbliche amministrazioni in senso lato.

Per i motivi esposti, di conseguenza, la misura della **ROTAZIONE STRAORDINARIA** troverà applicazione, ove possibile:

- solo per la fase di mezzo tra il rinvio a giudizio o l'iscrizione nel registro delle notizie di reato (come sostenuto dall'ANAC) e la sentenza di condanna di primo grado **solo ed esclusivamente per i reati di cui all' art 1 c. della l. n. 3/2019 e dell'art 3 del d.lgs. n. 39/13**

- è rimodulata dal legislatore quella successiva alla condanna sotto i 2 anni, laddove non trova applicazione la pena accessoria;

- è cancellata l'applicazione della misura per le ipotesi di condanna sopra 2 anni, in considerazione del fatto che, in base alla legge c.d. spazza corrotti il dipendente è come chiarito in precedenza, sospeso *ipso iure*.

Per i motivi esposti, l'Azienda Ospedaliera nei casi non espressamente previsti dalla legge spazza corrotti (legge 3/2019) valuterà caso per caso le singole situazioni e quindi sul da farsi.

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

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

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

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

M12) Il divieto di PANTOUFLAGE

La misura mira a prevenire il rischio che, durante il periodo lavorativo il dipendente possa, sfruttando il ruolo che ricopre all'interno dell'Ente pubblico, precostituirsi situazioni lavorative al fine di poter poi, una volta concluso il rapporto con l'amministrazione, ottenere un impiego più vantaggioso presso l'impresa o il soggetto privato con cui ha avuto contatti.

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

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

Per "poteri autoritativi e negoziali" si intendono i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti sono nulli; ai soggetti privati che li hanno conferiti o conclusi è vietato di contrattare con la P.A interessata per 3 anni successivi e sono tenuti a restituire compensi eventualmente percepiti.

Per tali motivi:

1) Negli atti di gara è inserito l'obbligo di autocertificazione, da parte dei concorrenti di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti. L'obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il codice dei contratti pubblici.

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

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

Con la sentenza n. 7411/19 il Consiglio di Stato, dopo aver ribadito la competenza dell'ANAC in merito alla vigilanza ed all'accertamento delle fattispecie di pantouflage previste dall'art 53, c. 16-ter, D.lgs. n. 165/2001, ne ha riconosciuto anche i poteri sanzionatori (*comunicato ANAC del 30 ottobre 2019*).

Il PNA 2022 ha dedicato una sezione speciale al pantouflage, allo scopo di "suggerire alle amministrazioni/enti e ai RPCT alcune misure di prevenzione e strumenti di accertamento di violazioni di divieto del pantouflage". Come comunicato dalla stessa ANAC "tutti gli aspetti sostanziali e procedurali della disciplina saranno oggetto di successive Linee Guida e/o atti che l'Autorità intenderà adottare".

L'UOC Gestione Risorse Umane ha adottato la modulistica da far firmare al dipendente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Ospedaliera.

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

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

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttore UOC GRU

M13) Semplificazione e sensibilizzazione

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

Proprio nel segno della semplificazione e snellimento si collocano le norme del Decreto Semplificazioni approvato con DI 76/2020 e convertito in L.120/2020 (il decreto semplificazioni 2021 ha prorogato al 2023 alcune norme "provvisorie" previste dal decreto del 2020), la cui disciplina intende assolvere alla funzione principale di velocizzare le procedure di gara e di snellire i procedimenti in generale, evitando al dirigente di incorrere in sanzioni penali (l'abuso di ufficio è stato riformato si da fare dire alla Corte di Cassazione sent.n.442 dell'8 gennaio 2021 che il campo di applicazione della norma è ristretto ed è tale da determinare l'*abolitio criminis*) e sanzioni economiche (*il danno erariale è stato riformato e ridotto nella sua portata durante questo periodo emergenziale*).

La sensibilizzazione, invece, trova il suo epilogo nel Codice di comportamento, soprattutto secondo la disciplina recata nelle nuove Linee Guida approvate con Delibera Anac n. 177/2020, se vero che solo la enucleazione dei comportamenti ammessi e non ammessi consente al dipendente di capire cosa fare e cosa è vietato ed, al dirigente prima ed al RPCT poi, una corretta azione di vigilanza e controllo.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: attivazione di un sistema di monitoraggio (con relazione finale) sui termini di conclusione dei procedimenti a cura dei Dirigenti di settori; pianificazione del corso sul "Codice di Comportamento".

INDICATORI: (si/no) invio della relazione; (si/no) espletamento del corso e valutazione dell'impatto formativo con somministrazione di test (risultato dei test/risultato atteso)

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

LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

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

Finalità trasparenza

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

Essa, infatti, consente:

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

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

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

Accesso agli atti della Pubblica Amministrazione

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

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

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

anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

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

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice", ma si tratta di diritti di accesso destinati a muoversi su binari differenti.

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

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

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

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

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

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

La delibera n. 1310/16 si sofferma su tre aspetti fondamentali andando a sigillare quanto previsto dal legislatore in termini di necessario aggancio tra il PTPCT e i documenti programmatici e, di riflesso, il contenuto oggi necessario che il PTPCT di un Ente deve recare per evitare di incorrere in sanzione (obiettivi strategici - nominativi dei soggetti responsabili della comunicazione e pubblicazione dei dati, documenti o informazioni); la modifica, poi degli obblighi di pubblicazione e quindi di alcuni articoli del d.lgs. n. 33/13 e le sanzioni per mancato adempimento agli obblighi di pubblicazione.

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

subire un pregiudizio dall' accesso a:

- DATI PERSONALI
- CORRISPONDENZA
- INTERESSI ECONOMICI, COMMERCIALI, DIRITTI D'AUTORE.

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

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

Inoltre, se la legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico". Ne deriva che, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 7). Nel caso dell'accesso documentale della legge 241/1990 la tutela può consentire "un accesso più in profondità a dati pertinenti", mentre nel caso dell'accesso generalizzato le esigenze di controllo diffuso del cittadino possono "consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni". L'AORN Moscati ha adottato un **Regolamento per l'accesso agli atti con delibera n. 358 del 21 aprile 2017** (integrato con **Delibera n. 759 del 12/09/2018**).

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

Con l'accesso civico è stata riconosciuta la partecipazione e la collaborazione diretta del cittadino-utente. L'attivazione di questo strumento di tutela diffusa non richiedeva una motivazione, era gratuita e non presupponeva una situazione legittimante in capo all'istante. L'amministrazione era tenuta a rispondere entro 30 giorni e a procedere alla pubblicazione sul sito di quanto richiesto, con evidente beneficio non solo per il richiedente, ma anche per l'intera collettività. Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art 6 del precitato d.lgs. n. 97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di

consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è consentito *“a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”*, (art 5 c. 2, d.lgs. n. 33/13). Il primo elemento da cogliere è che l'accesso civico non ha più solo come presupposto l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, ma è utilizzabile da chiunque senza motivazione sui dati e sui documenti detenuti dalla P.A. ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

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

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

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

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

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

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

Obbligo di risposta della P.A.

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

Le risposte all'istanza di accesso civico di cui all' art 5 c. 2, saranno date al cittadino direttamente dal settore competente che detiene gli atti; laddove la richiesta coinvolga più settori, il riscontro sarà dato da quello che detiene il provvedimento finale. Nell'ottica di un necessario coordinamento tra la disciplina sulla trasparenza e la nuova disciplina introdotta dal GDPR n. 679/16, merita di essere richiamata la circolare n. 2/2017 del Dipartimento della funzione pubblica che ha introdotto, rispetto alle istanze di accesso civico generalizzato il c.d. principio di ragionevolezza, invitando, l'ente a fare una valutazione dell'istanza che arriva alla luce dei seguenti aspetti:

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

Sempre in tale contesto giova richiamare **la circolare n. 1/2019 del Ministro della pubblica amministrazione** che è, invece, entrata nel merito di alcune lacune del decreto sulla trasparenza, in particolare l'ipotesi di un mancato coinvolgimento dei c.d. contro-interessati nel procedimento relativo alla istanza di accesso pervenuta all'ente. La circolare ha, infatti, chiarito che l'integrazione del contraddittorio può avvenire solo in sede di riesame comunicando ai contro-interessati l'avvio del

procedimento ai sensi dell'art 7, l. n. 241/90 e che tale richiesta di riesame deve avvenire entro 30 giorni dalla decisione data dall' ente sulla prima istanza, termine che si ricava dalla legge del '71 sui ricorsi amministrativi. Balza agli occhi, infine, sempre nella circolare n. 1/2019, l'obbligatorietà della nomina del c.d. **Responsabile della transizione digitale**, cioè di colui (soggetto interno all' ente), che dovrà aiutare l'Azienda Ospedaliera nel processo di informatizzazione. A tal proposito si evidenzia che, l'AORN Moscati ha proceduto alla nomina del dott. Giuseppe Versace, già Direttore dell'UOC Sistemi Informativi.

“Dati aperti e riutilizzo”

Il d.lgs. n. 97/16 non ha modificato il contenuto dell'art 7 del decreto sulla trasparenza; per cui la disposizione continua ad obbligare le PP.AA. a rendere pubblici secondo il paradigma dei “dati aperti” ed a “riutilizzare” documenti, dati ed informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico. La disposizione anche se formalmente è la stessa del decreto originario, richiama in larga parte riferimenti normativi interni ed esterni al d.lgs. n. 33/13, che, invece, hanno subito delle modifiche rilevanti nel corso di questi ultimi anni. Da un lato, l'accesso civico è stato profondamente modificato, dall'altro, il d.lgs. n. 102/15 emanato in attuazione della direttiva europea sul riutilizzo dell' informazione nel settore pubblico, ha apportato delle modifiche rilevanti alle altre 2 disposizioni richiamate nell' art 7: l' art 68 del codice dell'amministrazione digitale, nella parte in cui declina la nozione di dato aperto e gran parte della disciplina italiana sul riutilizzo dei dati contenuta nel d.lgs. n. 36/06, adattata alle nuove previsioni della direttiva 2013/37/UE. E' utile, anche per comprendere il contesto giuridico culturale in cui si inserisce l'art 7, distinguere due concetti vicini, ma diversi. Nella disciplina sul riutilizzo dei dati pubblici europea e nella sua declinazione italiana, prevale la gestione proprietaria dei dati, intesa alla loro valorizzazione economica e commerciale. Ne deriva che le PP.AA. hanno ampi margini di discrezionalità sull' *an* (se permettere o meno il riutilizzo), sul *quantum* (quali e quanti dati), sul *quomodo* (attraverso la commercializzazione diretta o strumenti di copyright pubblico, come la predisposizione di licenze) nel rilascio di dati e informazioni.

Quando parliamo di dati aperti, invece, facciamo riferimento a tipologie di dati che chiunque può utilizzare, riutilizzare e diffondere. In tal caso però, la P.A. non assume un atteggiamento “proprietario” nei confronti dei dati, ma i dati e le informazioni in suo possesso, per le loro caratteristiche intrinseche e per le loro modalità di raccolta sono considerati beni comuni. Ne deriva che gli scopi che vengono perseguiti con gli open data, non sono di valorizzazione economica e commerciale, ma la garanzia di una maggiore trasparenza amministrativa e la circolazione libera dei dati, informazioni per una maggiore conoscenza collettiva degli stessi. La complementarietà tra dati aperti, trasparenza e il rapporto tra quest'ultima e il riutilizzo dei dati e delle informazioni pubbliche costituisce la ratio che ha portato il legislatore a prevedere un articolo come l'**art 7** e mette in evidenza come la trasparenza non sia più solo sinonimo di prevenzione della corruzione attraverso un controllo sull' operato dell'ente, ma tende alla circolazione e diffusione dei dati e delle informazioni attraverso una nuova conoscenza collettiva. Per comprendere la portata innovativa del decreto n. 33/13 bisogna leggere l'art 7 insieme con l'art 3, dal momento che il combinato disposto dell'art 3 e art 7 apporta un primo rilevante cambiamento: la trasformazione del riutilizzo da una facoltà discrezionale in capo alle PP.AA. ad un vero diritto in capo a tutti i cittadini. **N.B.** - Sia l'art 52 del CAD che la disciplina sul riutilizzo contenuta nel d.lgs. n. 36/06 avevano declinato il riutilizzo come una mera facoltà in capo alla P.A., verso la quale il cittadino poteva far valere solo un interesse di mero fatto. L'art 52 del d.lgs. n. 82/05 prevede solo l'obbligo di pubblicare i dati e i documenti che le PP.AA. scelgono discrezionalmente di pubblicare nel proprio sito come *dati aperti*; anche se si allarga lo sguardo ai diritti digitali (art 3-11) non è previsto alcun diritto al riutilizzo per il cittadino. Allo stesso modo, il d.lgs. n. 36/06 non disciplina alcun diritto al riutilizzo, neanche dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 102/15 che ha dato attuazione alla nuova direttiva sul riutilizzo delle informazioni nel settore pubblico. L'art 3 del Decreto Trasparenza, invece, prevedendo il diritto in capo a chiunque di conoscere documenti, dati e informazioni pubbliche oggetto di pubblicazione obbligatoria o

di accesso civico semplice, ha previsto il diritto di fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico, secondo le disposizioni dell'art 7. Sono soggetti al riutilizzo e vanno pubblicati come dati aperti, tutti i documenti, dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma anche quei dati ulteriori accessibili ex art 5 c. 2 vanno considerati come potenzialmente riutilizzabili. Ciò in quanto la norma fa riferimento in generale all'art 5 del d.lgs. n. 33/13, per cui sia all'accesso civico "semplice" che "generalizzato".

N.B. - La scelta del legislatore, quindi sembra essere quella di legare il diritto al riutilizzo principalmente agli obblighi di pubblicità, ma anche al regime dell'accesso civico generalizzato. Inoltre, siccome l'art 7 afferma che "i documenti, i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione e di accesso civico ai sensi del c. 2 dell'art 5, possono essere riutilizzati secondo le disposizioni del D.lgs. n. 36/06, per delineare l'ambito oggettivo della norma, occorre tener presente anche questo decreto. La disciplina italiana sulla falsariga di quella europea, fa riferimento però, solo ai documenti detenuti dalle PP.AA. e non ai dati, a differenza del d.lgs. n. 33/13. Il nuovo art 3 del d.lgs. n. 36/06 elenca una serie di documenti a cui non si applica la disciplina sul riutilizzo. Oltre ad alcune tipologie di documenti, la disciplina tende ad escludere il riutilizzo in presenza di documenti e dati la cui diffusione potrebbe ledere interessi pubblici e privati protetti dal nostro ordinamento. Il decreto trasparenza sembra consentire, almeno astrattamente il riutilizzo anche di dati personali (tranne di quelli sensibili o giudiziari), oggetto di pubblicazione obbligatoria con le eccezioni di cui all'art 7 bis, dal momento che questi dati sono volutamente compresi nei dati da rendere disponibili e da pubblicare obbligatoriamente e quindi sono dati conoscibili da chiunque. Sul punto, il **c. 2 dell'art 7 bis** sottolinea come la finalità di trasparenza, sottesa alla pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali, costituisca finalità di rilevante interesse pubblico, compatibile con la disciplina sulla protezione dei dati personali. Non possono, invece, essere riutilizzati, i dati personali che non sono oggetto di pubblicazione obbligatoria, dal momento che sia **l'art 7 bis** che **l'art 5 bis** sottolineano come i dati personali non possono essere oggetto di pubblicazione libera sui siti web istituzionali né di accesso civico generalizzato e, per tali motivi, i dati personali possono essere riutilizzati solo se oggetto di pubblicazione obbligatoria e con la copertura del 7 bis, in quanto a prescindere dalla finalità particolare per la quale i dati sono stati raccolti, la loro pubblicazione come dati aperti ai fini della trasparenza costituisce, integra la finalità del trattamento.

E' interessante notare come il Legislatore, da un lato, abbia reso possibile il riutilizzo dei dati personali oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/13, dall'altro, abbia escluso il riutilizzo dei dati personali che sono stati pubblicati come dati aperti all' interno dei siti web delle PP.AA. senza nessun obbligo normativo, ma ai sensi dell'art 52 c. 2 del CAD. Alla pubblicazione come *dati aperti* ai sensi dell'art 68, infatti, sono soggetti tutti i dati e documenti pubblicati sui siti web delle PP.AA. al di là del fatto che questi possono essere anche oggetto di un obbligo di pubblicazione in base al decreto sulla trasparenza. L' art 52 c. 2 CAD, stabilisce che i dati e i documenti che le PP.AA. titolari pubblicano con qualsiasi modalità, senza l'espressa e motivata adozione di una licenza, ai sensi del d.lgs. n. 36/06, si intendono rilasciati come dati di tipo aperto, in base all' art 68 c. 3 CAD. A conferma di tutto il discorso fatto, va segnalato che il d.lgs. n. 102/2015 ha ristretto il numero dei dati personali pubblicati come dati aperti, affermando che l'art 68 CAD non si applica se la pubblicazione riguarda dati personali. In questo modo, gli unici dati personali riutilizzabili, proprio perchè pubblicati come dati aperti, saranno quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13. Con queste modifiche, il legislatore ha dato una certa coerenza alla disciplina sul riutilizzo dei dati personali, possibile solo con la copertura dell'art 7 bis c. 2 del d.lgs. n. 33/13. Per tali motivi, l'AORN Moscati si impegna ad inserire un **ALERT** sul sito istituzionale, al fine di richiamare l'attenzione degli utenti sul concetto di **riutilizzo dei dati pubblici nel pieno rispetto della nuova normativa privacy (GDPR679/16 e d.lgs. n. 101/18)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ATTI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

Di seguito l'analisi di alcuni obblighi di pubblicazione ricadenti sull'azienda ospedaliera recentemente oggetto di modifica a cura del d.lgs. n. 97/16, della legge di bilancio 2020 (l. n.160/2019), dal c.d. decreto mille-proroghe (d.l. n. 162/2019) e del nuovo PNA 2022.

➤ **Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 10)** – all'art 10 del d.lgs. n. 97/16 si deve l'eliminazione dell'obbligo, per le P.A., di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ("PTTI"), demandando a ciascuna P.A. il compito di indicare, in un'apposita sezione denominata "sezione Trasparenza" del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ("PTPC"), i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati. L'allegato 2 del PNA 2022 ha previsto altresì, relativamente alla sezione "Disposizioni generali"- Sottosezione "PTPCT" e alla denominazione del singolo obbligo, il richiamo al PIAO.

➤ **Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12)** – E' stato ampliato dal d.lgs. n. 97/16 il novero dei dati di carattere normativo e amministrativo generale oggetto di pubblicazione obbligatoria alle misure integrative della prevenzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli OIV.

➤ **Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle P.A. (art. 13)** – E' scomparso l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi alle risorse assegnate a ciascun ufficio.

➤ **Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (art. 14)** – Nella versione originaria, l'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013, al comma 1, già imponeva alle amministrazioni interessate la pubblicazione di una serie di documenti e informazioni, ma tale obbligo si riferiva solo ai titolari di incarichi politici di livello statale, regionale e locale. La novella di cui al d.lgs. n. 97 del 2016 ha poi aggiunto all'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013 cinque nuovi commi, tra i quali, appunto, quello dichiarato poi incostituzionale dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 20/2019, che estendeva gli obblighi di pubblicazione richiamati dall' articolo in commento anche ai titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti. In tal modo, la totalità della dirigenza amministrativa è stata sottratta al regime di pubblicità congegnato dall'art. 15 del d.lgs. n. 33 del 2013 – che per essi prevedeva la pubblicazione dei soli compensi percepiti, comunque denominati – ed attratta nell'orbita dei ben più pregnanti doveri di trasparenza originariamente riferiti ai soli titolari di incarichi di natura politica. Come noto la vicenda della pubblicazione dei dati reddituali dei dirigenti pubblici ai sensi dell'*art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33* si è complicata a seguito della declaratoria di incostituzionalità da parte della Corte Costituzionale con la *sentenza 23 gennaio 2019 n. 20* "nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'*art. 14, comma 1, lettera f)*, dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'*art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)". Con ordinanza cautelare il *TAR Lazio Roma, Sez. I, 21 novembre 2019 n. 7579*, in accoglimento dell'istanza cautelare di due dirigenti sanitari titolari di struttura complessa dell'Azienda sanitaria locale di Matera, ha sospeso la deliberazione dell'omonima Asl con cui veniva richiesta ai suddetti dirigenti la trasmissione dei dati ex *art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33* e rinviata la causa al merito del 22.04.2019. Sulla ba-

se di questi presupposti e dell'incertezza normativa che ne è derivata l'Autorità ha ritenuto opportuno, con *Del. 4 dicembre 2019 n. 1126*:

"- In attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore sull'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 33/2013*, di rinviare alla data del 1 marzo 2020 l'avvio della propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33* - dati reddituali e patrimoniali- con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti;

- Fermo restando quanto previsto nella *delibera ANAC n. 586/2019* per i dirigenti del SSN, di sospendere, alla luce dell'ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21 novembre 2019, l'efficacia della richiamata delibera limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33* ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio".

La Corte Costituzionale ha posto fine, con la sentenza n. 20 del 21 febbraio 2019, alla querelle sorta all'indomani dell'entrata in vigore del d. lg. 97/2016 che, con un inaspettato colpo di "penna" dell'ultimo momento, aveva inserito nell'ambito soggettivo di applicazione dell'art. 14 c. 1 lett. da a) ad f) del d. lg. 33/2013 anche ai dirigenti pubblici. La Corte è stata chiamata a verificare se l'obbligo imposto a tutti i dirigenti pubblici di pubblicare le dichiarazioni patrimoniali fosse compatibile con la tutela del diritto alla riservatezza. La Corte ha espresso un giudizio di ragionevolezza sulle scelte legislative e ha operato un bilanciamento tra due diritti fondamentali di rilievo analogo avvalendosi del test di proporzionalità: da una parte, il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto all'intangibilità della sfera privata, che attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova il suo fondamento nella Costituzione italiana (artt. 2, 14 e 15 Cost.) e protezione anche nelle varie norme europee e convenzionali riportate dal giudice remittente; dall'altra parte con lo stesso rilievo vi sono i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost), a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla.

In particolare, **con riferimento alla lettera c) del comma 1 dell'art. 14**, la Corte ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale. Il regime di piena conoscibilità dei *compensi* di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, nonché degli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici, risulta, ad avviso della Corte, proporzionato rispetto alle finalità perseguite dalla normativa sulla trasparenza amministrativa e volto a consentire la valutazione circa la congruità rispetto ai risultati raggiunti e ai servizi offerti delle risorse utilizzate per la remunerazione dei soggetti responsabili, ad ogni livello, del buon andamento della pubblica amministrazione. La Corte ha ancora precisato che la pubblicazione dei dati inerenti alla situazione economica dei dirigenti pubblici non è tale da costituire un rischio per valori costituzionalmente tutelati quali la sicurezza e la libertà degli interessati (art. 2 e 13 Cost.), né può in alcun modo rappresentare fonte per questi di un pregiudizio alla dignità personale. Si tratta, infatti, di dati che esulano dalla sfera prettamente personale e sono direttamente connessi all'espletamento dell'incarico e delle funzioni di natura dirigenziale assegnati.

La piena conformità costituzionale dell'art.14, comma 1, lett. c) è riconosciuta dalla Corte adottando come parametro di riferimento una definizione molto ampia di incarico dirigenziale riferita "ai soggetti responsabili, ad ogni livello, del buon andamento della PA".

La pronuncia riguarda direttamente tutti i dirigenti pubblici, indipendentemente dalla tipologia di amministrazione presso cui prestano servizio.

In sostanza la Consulta ha riconosciuto nell' art 14 la base giuridica, contenuta nella disciplina sulla trasparenza e che consente di rendere visibile al pubblico, rispetto a taluni soggetti, informazioni personali concernenti il tipo e la durata dell'incarico (ad esempio atto di nomina, durata incarico o mandato elettivo) e l'entità dei corrispettivi e dei compensi percepiti.

La Corte, invece, si è pronunciata in modo differente con riferimento **all'art. 14, comma 1, lett. f) del d.lgs. n. 33/2013** dichiarando l'incostituzionalità dell'art. 14, comma 1 bis del d.lgs. 33 del 2013 " nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1 lett. f), dello

stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, comma 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

Secondo la Corte costituzionale, in relazione al bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali e i principi di pubblicità e trasparenza, l'art. 14 comma 1 lett. f) d.lgs. 33 del 2013 non risulta conforme al principio di proporzionalità, in quanto alla compressione del primo non corrisponde un incremento né della tutela del contrapposto diritto dei cittadini alla trasparenza e alla corretta informazione, né l'interesse pubblico alla prevenzione e repressione dei fenomeni corruttivi.

La Corte ha ritenuto, infatti, che la conoscenza del complesso delle informazioni e dei dati di natura reddituale e patrimoniale contenuti nella documentazione oggetto di pubblicazione, per come è formulata la norma, rivolta in modo indiscriminato a tutti i dirigenti pubblici, non appare né necessaria né proporzionata rispetto alle finalità perseguite dalla legislazione sulla trasparenza.

La norma censurata, infatti, omette di fare una gradazione degli obblighi di pubblicazione in base al ruolo, alle responsabilità e alla carica ricoperta dai dirigenti.

Il livello di potere decisionale e gestionale degli incarichi influenza certamente sia la gravità del rischio corruttivo sia le conseguenti necessità di trasparenza ed informazione dei dati" la cui conoscenza sia ragionevolmente ed effettivamente connessa all'esercizio di un controllo, sia sul corretto perseguimento delle funzioni istituzionali, sia sul corretto impiego delle risorse pubbliche".

La previsione normativa di un tale obbligo è stata, pertanto, dichiarata non conforme a Costituzione in quanto contrastante sia con il principio di ragionevolezza sia con quello di uguaglianza non operando alcuna distinzione tra i diversi incarichi dirigenziali.

Con la sentenza della Consulta non si è avuta la vittoria della privacy sulla trasparenza, come in primissima battuta e mediaticamente detto da alcuni, ma rispetto alla norma contestata, si è operato un importante bilanciamento tra le esigenze di trasparenza amministrativa quale esplicazione del diritto di conoscere e di cittadinanza "attiva" e l'aspettativa di tutela della sfera di riservatezza come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona

Publicare i dati patrimoniali della generalità dei dirigenti non soddisfa alcun bisogno di trasparenza in quanto si tratta di dati che non ampliano la sfera conoscitiva del cittadino con riguardo all'attività dell'amministrazione (ad esclusione degli importi per lo svolgimento dell'incarico dirigenziale).

Le dichiarazioni patrimoniali di questi soggetti non consente, infatti, di avere maggiore contezza dell'organizzazione, dell'attività e della spesa pubblica. Un dirigente pubblico, normalmente reclutato per concorso, i cui incarichi sono autorizzati dall'amministrazione di appartenenza e di cui sono noti i relativi compensi, che resta alle dipendenze della stessa amministrazione per periodi di tempo significativamente lunghi, vede, quindi, sacrificata in modo sproporzionato l'aspettativa di tutela dei propri dati patrimoniali a fronte di uno scarso ritorno in termini di maggiore trasparenza dell'amministrazione in cui è incardinato.

Con la sentenza n. 20 del 21 febbraio 2019 la Corte ha deciso le questioni rimesse nei termini che seguono:

a) ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1bis del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella parte in cui prevedeva che la pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, comma 1, lettera f), dello stesso decreto legislativo per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1ter del d.lgs. n. 33/2013 per difetto di rilevanza;

c) ha dichiarato non fondate la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1bis del d.lgs. n. 33 del 2013, in ordine alla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, comma 1, lett.c) dello stesso decreto legislativo anche per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti: si tratta dell'ostensione di compensi o rimborsi spese direttamente connessi all'espletamento dell'incarico dirigenziale.

Nel 2019, l'art 1. c. 7 dl n. 162/2019 c.d. decreto mille proroghe prova a fornire una soluzione definitiva alla vicenda innescata dalla dichiarazione di incostituzionalità dell'articolo 14, comma 1-bis, nella parte in cui estendeva anche ai dirigenti non appartenenti ai vertici massimi delle amministrazioni statali scelti per via fiduciaria gli obblighi pubblicitari, disposta con la sentenza della Consulta 20/2019. In considerazione del fatto che dopo tale sentenza urge l'intervento del Parlamento per riordinare il sistema, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Consulta 20/2019, lo schema di decreto ha stabilito che ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e ai titolari di incarichi dirigenziali non si applicano le sanzioni previste dagli articoli 46 e 47 del d.lgs. n. 33/2013 per la mancata pubblicazione dei dati. Tra questi provvedimenti, il dl milleproroghe n. 162/19 ha demandato ad un **regolamento** delegato di delegificazione la specificazione dei dati, che le pubbliche amministrazioni e i soggetti a vario titolo partecipati di cui di cui all' articolo 2-bis, comma 2, del d.lgs. 33/2013, devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, ivi comprese i funzionari incaricati nelle posizioni organizzative ad essi equiparate, nel rispetto di due criteri: il primo è la graduazione degli obblighi di pubblicazione, funzionale al rilievo esterno dell'incarico svolto al livello di potere gestionale e decisionale esercitato correlato all'esercizio della funzione dirigenziale; il secondo è che i dati patrimoniali siano oggetto esclusivamente di comunicazione all'amministrazione di appartenenza.

Tuttavia, in considerazione dell'emergenza sanitaria che ha investito il nostro Paese, ha portato il Legislatore, con l'art 1 c. 16 del dl n. 183 del 31 /12/2020 a prorogare al 30 aprile 2021 l'adozione del Regolamento che doveva stabilire i nuovi obblighi di pubblicazione. Per tali motivi, fino al 30 aprile 2021, la mancata pubblicazione dei dati, non costituiva causa di responsabilità dirigenziale e non si poteva applicare alcuna sanzione.

- **Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (art. 15) -** Le P.A. sono tenute alla pubblicazione e all'aggiornamento di tali dati relativamente ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza. Il contenuto della norma è rimasto invariato quanto agli atti da pubblicare, ovvero i cv, gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, la durata e il compenso. Quanto a quest'ultimo aspetto si precisa che i compensi vanno pubblicati al lordo degli oneri sociali e fiscali a carico del collaboratore consulente. In base a quanto indicato nella linea guida dell'ANAC n. 1310/16, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici, in questa sezione devono essere pubblicati i dati relativi al conferimento di incarichi e consulenze non rientranti e non riconducibili al c.d. "appalto di servizi". Diversamente, qualora i dati si riferiscano ad incarichi riconducibili a tale nozione, dovranno essere pubblicati nella sezione relativa a "bandi e contratti".

- **Bandi di concorso (art 19) - L'articolo 1, comma 145 della legge di bilancio 2020** ha modificato l'**art. 19 del d.lgs. 33/2013** prevedendo che le PP.AA. debbano pubblicare, oltre al bando di concorso e i criteri di valutazione della commissione valutatrice, anche le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori avvenute nel tempo. Tutti i suddetti dati devono essere mantenuti aggiornati. Il **comma 145**, inoltre, ha aggiunto il comma 2 bis all'art. 19 del d.lgs. 33/2013, disponendo che le amministrazioni pubbliche e gli organismi partecipati assoggettati alla normativa in materia di trasparenza dovranno assicurare, tramite il Dipartimento della F.P., la pubblicazione del collegamento ipertestuale di tali dati; a tal proposito,

la stessa disposizione ha previsto che con d.m., da adottarsi entro 60 gg (29/02/2020), saranno definite le relative modalità attuative delle nuove disposizioni e, quindi, ne deriva che:

- **prima dell'entrata in vigore della legge n. 160/2019 era DOVEROSO pubblicare:**
 - i bandi di concorso,
 - i criteri di valutazione della Commissione,
 - le tracce delle prove limitatamente a quelle scritte,
 - l'elenco aggiornato dei soli bandi di concorso;

- **dopo l'entrata in vigore della legge n. 160/2019 è OBBLIGATORIO pubblicare:**
 - i bandi concorso,
 - i criteri di valutazione della Commissione
 - le tracce delle prove,
 - le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori,
 - gli aggiornamenti dei predetti dati.

I "criteri di valutazione", che la commissione giudicatrice deve definire, unitamente alle modalità di valutazione, almeno prima della correzione degli elaborati di ciascuna prova, si riferiscono a tutte le prove: scritte, pratiche e orali.

Le "tracce delle prove", da definire immediatamente prima di dare inizio a ciascuna prova, riguardano sia le prove scritte e sia le prove pratiche, salvo che queste ultime debbano svolgersi esclusivamente con operazioni materiali (ad esempio, quelle da eseguirsi per posti da autisti, elettricisti, meccanici, carrozzieri, operai stradali) per le quali sono da predeterminare solo le modalità e i tempi di esecuzione.

Per "graduatorie finali" sono da intendere non le "graduatorie di merito" formulate dalle commissioni giudicatrici ai sensi dell'art. 15, comma 2, del DPR n. 487/1994, ma le "graduatorie dei vincitori" approvate dall'amministrazione ai sensi dei commi 3 e 4 del su citato art. 5, da pubblicare obbligatoriamente ai fini della pubblicità legale, unitamente alle "graduatorie di merito", ai sensi dei commi 5 e 6 dello stesso art. 5. Ai fini della protezione dei dati personali dei partecipanti ad una selezione pubblica, si ritiene che nelle graduatorie "finali" o "dei vincitori" possano essere riportati i dati identificativi (nome, cognome e data di nascita) soltanto dei candidati dichiarati vincitori, indicando il rispettivo punteggio complessivo utile ai fini della stessa graduatoria.

Oltre al divieto di diffondere qualunque informazione attinente ai dati così detti "sensibili" di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679, nella "graduatoria dei vincitori" non sono ostensibili i dati identificativi dei candidati che non hanno superato tutte o alcune delle prove e gli altri dati (quali: valutazioni delle prove, indirizzo, codice fiscale, IBAN, recapiti telefonici o informatici) che sono non pertinenti rispetto alla finalità della sua pubblicazione

- **Bandi di gara e contratti-** Relativamente agli obblighi di pubblicazione (delineati nell'Allegato 1 della Delibera 1310/2016, a cui fa riferimento l'Allegato 2 del presente PTPCT), il PNA 2022 ha previsto, nell'Allegato 9, i nuovi obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sottosezioni di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente". Suddetti nuovi obblighi sono stati recepiti e confluiti nell'Allegato 2 del presente PTPCT nella sottosezione di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente" aziendale.
- **Attuazione Misure PNRR-** Implementazione ed aggiornamento della sottosezione in "Altri contenuti" in cui pubblicare gli atti normativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione delle misure di competenza.

- **Responsabile per la trasparenza (art. 43)** – in conseguenza della soppressione dell'obbligo di re-

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

• **Autorità Nazionale Anticorruzione (art. 45)** - Si attribuisce all'ANAC il potere di ordinare, nei confronti di una P.A. inadempiente, la pubblicazione, entro un termine di 30 giorni, degli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria, nonché di segnalare il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione (che costituisce illecito disciplinare), all'ufficio disciplinare della P.A., ai fini dell'attivazione del relativo procedimento a carico del responsabile della pubblicazione e del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni.

Responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di pubblicazione e accesso civico / Sanzioni per violazioni degli obblighi di trasparenza per casi specifici (artt. 46 e 47) si segnala che:

L' art 1 c. 163, legge di stabilità 2019 n. 160 ha modificato gli articoli 46 e 47 del decreto sulla trasparenza: in particolare è stato sostituito il comma 1 dell'art 46 e il comma 1 bis e 2 dell' art 47, con importanti ripercussioni sugli inadempimenti agli obblighi di trasparenza e pubblicità, ma soprattutto si tratta di novità che confermano un passo indietro fatto dal legislatore nel percorso della trasparenza. Di seguito le novità:

- l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente, e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituiscono elemento di valutazione negativa della performance individuale dei dirigenti (oltre alla sanzione applicabile ai sensi dell'art. 47, comma 1 bis) e dei responsabili, nonché eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione (art. 46, comma 1);
- la sanzione amministrativa pecuniaria, prevista dal comma 1, si applica anche nei confronti del dirigente che non effettua la comunicazione relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica. Nei confronti del responsabile incaricato, per la mancata pubblicazione di tali dati, verrà applicata una sanzione amministrativa consistente nella decurtazione dal 30% al 60% dell'indennità di risultato o dell'indennità accessoria spettante, e il relativo provvedimento dovrà essere pubblicato sul sito internet dell'ente. La stessa sanzione si applica anche al responsabile incaricato per la mancata pubblicazione dei dati inerenti i pagamenti dell'ente (art. 47, comma 1 bis).

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

Sulla pubblicazione dei dati il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza opererà un controllo a campione, al fine di consentire una più agevole disamina della situazione all'interno dell'Azienda.

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

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

DIPARTIMENTI				
DIPARTIMENTO	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Dipartimento Emergenza	Dott. Antonino MEDICI	dipartimento.emergenza@aornmoscati.it	dipartimento.emergenza@pec.aornmoscati.it	203272
Dipartimento Cuore e Vasi	Dott. Emilio DI LORENZO	dipartimento.cuorevasi@aornmoscati.it	dipartimento.cuorevasi@pec.aornmoscati.it	203100
Dipartimento Medico	Dott.ssa Maria AMITRANO	dipartimento.medico@aornmoscati.it	dipartimento.medico@pec.aornmoscati.it	203212
Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica	Dott. Vincenzo LANDOLFI	dipartimento.chirurgia@aornmoscati.it	dipartimento.chirurgia@pec.aornmoscati.it	203476
Dipartimento Onco-Ematologico	Dott. Cesare GRIDELLI	dipartimento.oncoematologico@aornmoscati.it	dipartimento.oncoematologico@pec.aornmoscati.it	203574
Dipartimento Materno Infantile	Dott. Elisario STRUZZIERO f.f.	dipartimento.maternoinfantile@aornmoscati.it	dipartimento.maternoinfantile@pec.aornmoscati.it	203414
Dipartimento Servizi Sanitari	Dott. Lanfranco MUSTO	dipartimento.servizisanitari@aornmoscati.it	dipartimento.servizisanitari@pec.aornmoscati.it	203215
Dipartimento Testa Collo	Dott. Armando RAPANA'	dipartimento.testacollo@aornmoscati.it	dipartimento.testacollo@pec.aornmoscati.it	203122



DIRETTORI STRUTTURA COMPLESSA P.T.A

U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL @aornmoscati.it	PEC @pec.aornmoscati.it	TELEF. 0825
Affari Generali	Dott.ssa Raffaella GENZALE	affari.generali	affari.generali	203060
Affari Legali	Avv. Lydia D'AMORE	affari.legali	affari.legali	203094
Controllo di Gestione e Programmazione	Dott. Giuseppe DE FUSCO	controllo.gestione	controllo.gestione	203672
Gestione Economico Finanziaria	Dott. Andrea TORTORA	economico.finanziario	economico.finanziario	203073
Gestione Risorse Umane	Dott.ssa Amy MORRISON	risorse.umane	risorseumane	203005
Acquisizione Beni e Servizi	Dott.ssa Genoveffa VITALE	acquisizione.benieservizi	acquisizione.benieservizi	203016
Tecnico e Patrimonio	Ing. Sergio CASARELLA	tecnico.patrimonio	tecnico.patrimonio	203538
Servizio di Prevenzione e Protezione	Arch. Cinzia GIORDANO	prevenzione.protezione	prevenzione.protezione	203300
Sistemi Informativi	Dott. Giuseppe VERSACE	sistemi.informativi	sistemi.informativi	203039

RESPONSABILI STRUTTURA SEMPLICE P.T.A				
U.O.S	RESPONSABILI	E.MAIL @aornmoscati.it	PEC @pec.aornmoscati.it	TELEF. 0825
URP e Comunicazione	n.a.	urp.	urp.	
Adempimenti Amm. CUP- ticket ed ALPI	Dott.ssa Maria Teresa PRIZIO	<u>cupalpi.amministrazione</u>	cupalpi.amministrazion e	
Formazione e Aggiornamento	Dott. Gerardo MARIANI	<u>formazione.aggiornamento</u>	<u>formazione.aggiornam ento</u>	203026

REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE

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

Alla sua corretta attuazione concorrono, oltre al RPCT, tutti gli uffici dell'Azienda Ospedaliera, dirigenti e i titolari di P.O. in base alla loro esclusiva ed autonoma competenza gestionale. Per tali motivi, il PTPCT sarà messo a disposizione di tutti gli uffici in formato elettronico e pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" nelle sotto-sezioni Disposizioni generali / Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e Altri contenuti/ Prevenzione della Corruzione".

TUTELA DEI DATI PERSONALI

A seguito dell'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (si seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, sono stati richiesti chiarimenti all'Autorità sulla compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

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

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

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

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

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

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

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

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

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

IL MONITORAGGIO E IL RIESAME

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

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

Per tali motivi, **con cadenza semestrale, ciascun Direttore di Dipartimento/ UU.OO.CC e UU.OO. PTA** trasmetterà un report indicante un'autovalutazione sull'efficacia delle misure descritte in relazione ai processi/ procedimenti di sua competenza, evidenziando anche eventuali criticità, in modo da poterle implementare in vista dell'adozione del PTPCT successivo, e di predisporre correttivi (**monitoraggio di I livello**). L'attività di verifica delle misure di prevenzione descritte nei piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza ha come finalità altresì quella di garantire un attento controllo in termini di efficacia delle stesse, in modo da addivenire ad un loro annuale riesame. Il RPCT, ove rilevi inadempienze e/o inadeguatezza nell'attuazione degli adempimenti delle specifiche competenze delle Unità operative, invierà promemoria e/o suggerimenti in merito al corretto adempimento al momento disatteso (**monitoraggio di II livello**). Nel caso di non ottemperanza, da parte degli Uffici destinatari del promemoria, il RPCT, suo malgrado, dovrà segnalare l'inadempimento all' Organo di indirizzo.

Relativamente alla Trasparenza, Il RPCT svolge, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio a campione su

base periodica e che varia a seconda della tipologia di dati come indicato nell'Allegato 2 (Elenco degli obblighi di pubblicazione), mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto dalla normativa di riferimento. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT di norma, il Responsabile della trasmissione, dopo aver trasmesso i dati per la pubblicazione, informa tempestivamente anche il RPCT della pubblicazione.

ESITI DEL MONITORAGGIO

ATTIVITA' DEL RPCT	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCONTRO DIRETTORI

4 Sezione 3 - Organizzazione Capitale Umano

4.1 *Struttura Organizzativa*

L'organizzazione dell'Azienda si articola in:

- N. 8 Dipartimenti;
- N. 36 Unità Operative Complesse (UOC);
- N. 25 Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD);
- N. 22 Unità Operative Semplici (UOS);
- Le tre Direzioni (Generale, Amministrativa e Sanitaria)

Il seguente organigramma rappresenta l'assetto definito dall'Atto Aziendale adottato con Del. 689/2021 presa atto della DGRC 305/2021.

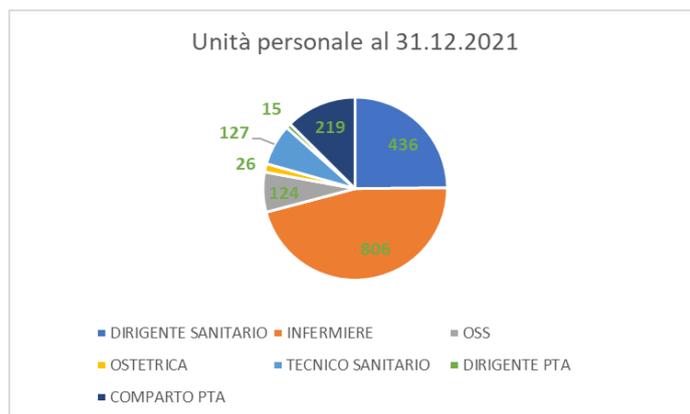
Tale assetto troverà definitiva applicazione nel corso del prossimo mandato istituzionale con la progressiva attivazione dei posti letto implementati e delle UU.OO che devono trovare nuova allocazione presso il Plesso Landolfi di Solofra o nuova attivazione.

DIPARTIMENTO/DIREZIONE	UOC	UOSD	UOS
DIREZIONE GENERALE	CONTROLLO DI GESTIONE E PROG. SICUREZZA SUL LAV.		
			URP E COMUNICAZIONE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	AFFARI GENERALI		CONVENZIONI E RAPP CON ENTI TERZI
	AFFARI LEGALI		GESTIONE SINISTRI E RAPPORTI ASSICURAT
	GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA		BILANCIO E CONTABILITA' GENERALE
	GESTIONE RISORSE UMANE		TRATTAMENTO GIURIDICO E RAPPORTI SIND
	ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI SISTEMI INFORMATIVI		TRATTAMENTO ECONOMICO ECONOMATO
	TECNICO E PATRIMONIO		SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO
			INGEGNERIA CLINICA
DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE SANITARIA MEDICA PRESIDIO OSP		FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
	PROGRAMMAZIONE SANITARIA		ADEMPIMENTI AMMIN CUP - TICKET ED ALPI
	FARMACIA		ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI
	MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO E RADIOP. RISCHIO CLINICO		GESTIONE ALPI, CUP E LISTE DI ATTESA SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
			FARMACO VIGIL DISPO VIGIL FARMACO ECON. FISICA MEDICA
DIPARTIMENTO CUORE E VASI		CARDIOANESTESIA E RIANIMAZIONE	MEDICINA LEGALE
	CARDIOCHIRURGIA		CARDIOCHIRURGIA MININVASIVA
	CHIRURGIA VASCOLARE		TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE VASCULOPATIE
		DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	
	CARDIOLOGIA - UTIC		TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA CARDIOLOGIA INVASIVA - EMODINAMICA
DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPEC	BREAST UNIT		
	CHIRURGIA ONCOLOGICA		
	CHIRURGIA GENERALE		
	UROLOGIA		
		UROLOGIA FUNZIONALE	
		GASTROENTEROLOGIA	
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	CHIRURGIA TORACICA		DAY SURGERY
		TERAPIA INT POST OPERATORIA	
		CHIRURGIA D'URGENZA	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	MCAU - MEDICINA D'URGENZA		OBI E PS
	TERAPIA INTENSIVA		
	TERAPIA INTENSIVA SOLOFRA		
	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE		
		GINECOLOGIA SOCIALE	
DIPARTIMENTO ONCO EMATOLOGICO		GINECOLOGIA ONCOLOGICA	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
	NEONATOLOGIA		
	PEDIATRIA		PS PEDIATRICO SUB INTENSIVA PEDIATRICA GENETICA MEDICA
DIPARTIMENTO TESTA COLLO		TERAPIA DEL DOLORE	
	EMATOLOGIA		TERAPIE CELLULARI AVANZATE DH EMATOLOGICO NEOPLASIE NELL'ANZIANO
	ONCOLOGIA		
	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA		
	SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE		CITOFLUOROMETRIA E MANIPOLAZIONE CELL
DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE E SPEC	NEUROLOGIA		
	NEUROCHIRURGIA		
		STROKE UNIT	
	OCULISTICA		PATOLOGIA RETINICA MEDICA E CHIRURGICA
	OTORINOLARINGOIATRIA		
		SERVIZIO PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA	
DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE E SPEC		NEURORADIOLOGIA	
		ALLERGLOGIA - IMMUNOLOGIA CLINICA	
	PNEUMOLOGIA		ENDOSCOPIA TORACICA ED INTERVENTISTICA
		MALATTIE ENDOCRINE NUTRIZ E RICAMBIO	
		MEDICINA DEL LAVORO	
		DERMATOLOGIA E DERMOCIRURGIA SOLOFRA	
	GERIATRIA		VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA
	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		LUNGODEGENTI
		GESTIONE INFET PAZ IMMUNODEFIC ED AIDS	
DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI	MEDICINA GENERALE		
	MEDICINA GENERALE EPATOL E GESTIONE PPS		ANGIOLOGIA
	NEFROLOGIA		DIALISI
	ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA		
		LABORATORIO GENETICA	
	MEDICINA NUCLEARE		TERAPIA RADIONUCLIDI E DIAGN CORRELATA
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA		DIAGNO VIROL AVANZATA PER SEQU GENICO
	LABORATORIO ANALISI		CENTRO EMOSTASI
		LABORATORIO ANALISI SOLOFRA	
	RADIOLOGIA		RISONANZA MAGNETICA TAC
	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA BODY ECOGRAFIA		
	RADIOLOGIA SOLOFRA		
PSICHIATRIA (SPDC) SOLOFRA			

La tabella seguente ed il grafico riportano i dati del personale in servizio al 31.12.2021 per i soli dipen-

denti a TI e TD (n. 1.753 così distinte: n. 1.576 personale a tempo indeterminato e n. 177 personale a tempo determinato) a cui vanno poi aggiunte n. 85 unità di personale afferente ad altro titolo (es. co.co.co, borse di studio, ecc.). Il prospetto considera il personale in forze nei due plessi quello di C/da Amoretta e quello di Solofra dell'AORN:

	DIRIGENTE SANITARIO	INFERMIERE	OSS	OSTETRICA	TECNICO SANITARIO	DIRIGENTE PTA	COMPARTO PTA	TOT
Unità personale in servizio	436	806	124	26	127	15	219	1753



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 *Organizzazione del Lavoro Agile*

L'art.87 commi 1 e 2 del D.L. 18 del 17 Marzo 2020 ha previsto che entro il 31 gennaio di ciascun anno le pubbliche amministrazioni redigano, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo di lavoro Agile – POLA, quale sezione del documento del piano delle performance di cui all'art. 10 comma 1 Dlgs 150/2009. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60% dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, coinvolgendo anche i cittadini, sia individualmente sia nelle loro forme associative.

In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica ad almeno il 30% dei dipendenti, ove lo richiedano.

L'AORN Moscati ha fatto ricorso al lavoro agile per la prima volta durante il periodo di emergenza Covid 19. Infatti in attuazione di quanto è stato previsto dall'art.87 commi 1 e 2 del D.L. n.18 del 17.03.2020 è stato autorizzato lo smart working che ha consentito di contemperare l'esigenza di contrasto alla pandemia con la necessità di continuità nell'erogazione dei servizi. Il lavoro agile è stato previsto come una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, al fine di limitare la presenza del personale negli uffici ed assicurare esclusivamente le attività ritenute indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi formativi di cui alla L. 86/2017 ed utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente. L'AORN ha demandato ai singoli Direttori/Responsabili di struttura il compito di valutare quali attività potessero essere svolte in modalità agile ed a quello dei Sistemi Informativi quello di verificare la possibilità di attuare collegamenti informatici sicuri in grado di favorire lo smart working del singolo dipendente.

La sperimentazione del lavoro agile va inserita nel processo di innovazione dell'organizzazione del lavoro, allo scopo di stimolare il cambiamento strutturale del funzionamento della Pubblica Amministrazione, in direzione di una maggiore efficacia dell'azione amministrativa, della produttività del lavoro e di orientamento ai risultati nell'intento, altresì, di agevolare la conciliazione dei tempi di vita lavoro.

I dipendenti autorizzati allo smart working durante la pandemia, hanno utilizzato gli strumenti informatici personali con collegamenti informatici a cura dei sistemi informativi aziendali.

Di seguito si riporta per l'anno 2020 – 2021 ed i primi mesi del 2022 le ore svolte in smart working dai dipendenti dell'AORN Moscati suddiviso per Unità Operative richiedenti:

SMART WORKING ANNO 2020		
UNITA OPERATIVA	NUMERO PERSONALE	ORE SVOLTE
UOC TECNICO PATRIMONIO	1	267
DMPO	4	2.901
UOC PROVVEDITORATO	12	1.167
UOC ECONOMICO	16	7.592
UOC FARMACEUTICO	1	322
UOC AFFARI GENERALI	1	29
UOC CUP TICKET	17	1.720
UOC SIA	3	560
UOC GRU	8	1.331
UOC AFFARI LEGALI	1	237
UOC LAB. GENETICA	2	142
UO MEDICINA NUCLEARE	1	456
UO GENETICA MEDICA	2	1.585
UO RELAZIONI ESTERNE	3	1.766
UO GESTIONE CONTROLLO	2	570
UO FORMAZIONE	6	2.423
UO DIREZIONE SANITARIA	1	259
UO NUTRIZIONE CLINICA	1	288
UO INGEGNERIA CLINICA	1	423
Totale	83	24.038

SMART WORKING ANNO 2021		
UNITA OPERATIVA	NUMERO PERSONALE	ORE SVOLTE
UOC TECNICO PATRIMONIO	1	439
DMPO	3	948
UOC PROVVEDITORATO	2	86
UOC ECONOMICO	11	7.407
UOC CUP TICKET	1	122
UOC SIA	3	521
UOC GRU	8	1.664
UOC AFFARI LEGALI	1	225
UO MEDICINA NUCLEARE	1	150
UO GENETICA MEDICA	2	735
UO RELAZIONI ESTERNE	3	146
UO FORMAZIONE	5	2.316
UO NUTRIZIONE CLINICA	1	29
UO INGEGNERIA CLINICA	1	549
Totale	43	15.337

SMART WORKING ANNO 2020		
UNITA OPERATIVA	NUMERO PERSONALE	ORE SVOLTE
UOC TECNICO PATRIMONIO	1	180
UOC PROVVEDITORATO	1	21
UOC ECONOMICO	10	2.495
UOC SIA	1	36
UOC GRU	3	647
UOC AFFARI LEGALI	2	95
UO MEDICINA NUCLEARE	1	38
UO GENETICA MEDICA	1	38
UO FORMAZIONE	1	90
UO INGEGNERIA CLINICA	1	123
Totale	22	3.763

Anno 2023

Per l'anno 2023 l'AORN Moscati ha adottato con Delibera n. 160/2023 il Regolamento per il lavoro Agile per il personale comparto Sanità.

Di seguito si riporta nel dettaglio le fasi procedurali del regolamento adottato.

Art. 1 - Oggetto

Il presente regolamento disciplina l'istituto del lavoro agile quale modalità di esecuzione della prestazione lavorativa del personale del comparto sanità in servizio presso l'Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, pieno e parziale, in conformità alla disciplina dettata da: -Legge 22 maggio 2017, n.81 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato", con particolare riferimento agli articoli dal 18 al 23; -Decreto 8 ottobre 2021 del Ministro della Pubblica Amministrazione che ha disciplinato il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni e ha individuato le condizioni, i requisiti organizzativi e individuali per il ricorso al lavoro agile al fine di garantire l'efficienza e la tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi; -"Linee Guida in materia di lavoro agile nelle Amministrazioni Pubbliche" adottate previo confronto con le organizzazioni sindacali e intesa della Conferenza unificata in data 16.12.2021, che hanno dettagliato le condizionalità per il ricorso al lavoro agile (tra cui la necessaria rotazione del personale e la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza); -D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105 "Decreto Conciliazione vita - lavoro" che ha modificato l'art. 18 della L. n. 81/2017, introducendo una priorità di accesso al lavoro agile ai lavoratori con figli fino ai dodici anni di età o con figli in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3 della L. n. 104 / 92 e ai lavoratori in situazione di disabilità grave accertata ai sensi della art. 4, co. 1 della L. n. 104/92 o che siano caregivers ai sensi dell'art. 1 co. 255 della L. 205 / 2017; -CCNL del comparto sanità 2019/2021 sottoscritto il 02/11/2022 (artt.76 e ss.).

Art. 2 – Finalità

Attraverso l'istituto del lavoro agile l'Azienda persegue le seguenti finalità: a) promuovere il lavoro agile quale modalità di esecuzione innovativa e flessibile del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti; b) promuovere una migliore conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti, contemperando le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività; c) facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti in condizioni di disabilità o in condizioni di particolare necessità non coperte da altre misure.

Art. 3 - Ambito di applicazione

Il regolamento si applica al personale del comparto Sanità assunto con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, anche a tempo parziale con esclusione di coloro che: -svolgono la propria prestazione secondo un'articolazione in turni; -utilizzano strumentazioni o documentazioni non remotizzabili; -svolgono attività amministrative e tecniche non rispettose dei requisiti descritti nel successivo articolo.

Art. 4 - Attività svolgibili in lavoro agile

Il ricorso al lavoro agile è autorizzabile esclusivamente per le attività che rispettano i seguenti requisiti minimi: a) possibilità di delocalizzare le attività assegnate senza che sia necessaria la presenza fisica nella sede di lavoro; b) possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro; c) possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia operativa; d) possibilità di monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente attraverso la definizione di precisi indicatori misurabili rispetto agli obiettivi programmati. Sono escluse dal novero delle attività svolgibili in lavoro agile quelle che richiedono l'effettuazione di prestazioni da svolgere su turni o, quotidianamente e necessariamente, presso specifiche strutture di erogazione dei servizi (front office) ovvero che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili. A titolo esemplificativo: -attività presso sportelli incaricati del ricevimento del pubblico in sola presenza; -attività tecniche per le quali è necessario l'utilizzo di macchine o strumentazioni presenti in azienda; -attività tecniche che implicano la costante presenza presso l'azienda (es. sopralluoghi, interventi tecnici); -attività di portierato

Art. 5 - Modalità di accesso

La verifica della sussistenza delle condizioni di cui al precedente articolo è effettuata dal Direttore / Responsabile di struttura (di seguito Responsabile) che dovrà attestare altresì la compatibilità con le esigenze di servizio della struttura ed in particolare: -l'invarianza dei servizi resi a favore dell'utenza interna ed esterna nonché l'efficace ed efficiente svolgimento dei processi di lavoro ai quali il dipendente è assegnato; -la non sussistenza di situazioni di lavoro arretrato ovvero, se le stesse sono presenti, la definizione di un piano di smaltimento delle stesse. L'accesso al lavoro agile avviene su base consensuale e volontaria (salvo esigenze particolari legate a condizioni emergenziali) e viene autorizzato dal Responsabile a seguito di richiesta presentata dal dipendente (Allegato A).

Art. 6 - Priorità di accesso

I Responsabili, fermo restando la preliminare verifica dei presupposti e condizioni per l'attivazione del lavoro agile di cui ai precedenti artt. 4 e 5, riconosceranno la priorità alle richieste formulate dai:

- dipendenti con figli fino a 12 anni di età (art. 18 co. 3 bis L. n. 81/ 2017, così come modificato dal D.lgs. n. 105/ 2022);
- dipendenti con figli, senza limiti di età, in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3 della L. n. 104/ 92 (art. 18 co. 3 bis L. n. 81/2017, così come modificato dal D.lgs. n. 105/2022);
- dipendenti con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della L. n. 104/1992 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, L. n. 205/2017 (art. 18 co. 3 bis L. n. 81/ 2017, così come modificato dal D.lgs. n. 105 / 2022);
- lavoratrici in stato di gravidanza;
- lavoratrici che fruiscono dei congedi in favore delle vittime di violenza di genere di cui all'art. 24 del D. Lgs. n. 80/ 2015 in quanto inserita in percorsi di protezione;
- dipendenti fragili affetti da patologie e condizioni di cui al D.M. del 4 febbraio 2022;
- dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dal medico competente che ne raccomanda la fruizione

Art. 7 - Accordo individuale

L'attivazione del lavoro agile richiede la sottoscrizione di un accordo individuale a tempo determinato, accessorio rispetto al contratto individuale di lavoro, tra il Responsabile e il dipendente (allegato B) che regola diritti e obblighi reciproci. In particolare esso, redatto per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova, disciplina: - le modalità della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro, nonché i tempi di riposo e disconnessione; - la durata dell'accordo, le ipotesi e le modalità di giustificato motivo di recesso; - l' indicazione del numero delle giornate di lavoro agile; - l'individuazione della fascia e delle modalità di contattabilità, le strumentazioni tecnologiche utilizzate dal lavoratore; - le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo dell'Amministrazione sulla prestazione resa dal lavoratore, nel rispetto dell'art.4 della L. 300/1970; - l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione. All'accordo individuale è allegata l'informativa INAIL in materia di salute e sicurezza sul lavoro agile ai sensi dell'art. 22, co. 1, della L. n. 81/2017 (Allegato C). Il Responsabile dovrà trasmettere le autorizzazioni rilasciate, unitamente agli accordi individuali sottoscritti, all'UOC Gestione Risorse Umane.

Art. 8 - Modalità di svolgimento

Fermo restando che la vigente normativa in materia richiede la rotazione del personale e la prevalenza, per ciascun lavoratore, dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, il lavoro agile è consentito per un massimo di 2 giorni a settimana, non cumulabili in caso di mancato utilizzo. Per il personale con rapporto di lavoro a tempo parziale verticale il lavoro agile è consentito per un massimo di 1 giorno a settimana. La giornata di domenica è esclusa. L'individuazione delle specifiche giornate di lavoro agile è definita, con congruo anticipo, dal Responsabile, in base alle esigenze funzionali e organizzative. Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruito. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio Responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente

impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il dipendente è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro. 5 Per esigenze personali, il dipendente può richiedere al Responsabile una variazione del calendario programmato. Per effetto della distribuzione flessibile del tempo lavoro, nelle giornate di lavoro in modalità agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta né le indennità per particolari condizioni di lavoro legate alla presenza in servizio e non sono configurabili prestazioni di lavoro straordinario/supplementare, notturno o festivo. Nelle giornate in cui il dipendente non lavora in sede non sono riconosciuti buoni pasto.

Art. 9 - Orario di lavoro e diritto alla disconnessione

Il dipendente rende la propria prestazione lavorativa senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime giornaliere e settimanali stabilite dal CCNL. La prestazione giornaliera svolta in lavoro agile è rilevata quale presenza in servizio del dipendente in relazione alla durata convenzionale della giornata lavorativa, secondo l'orario contrattualmente stabilito dal CCNL di riferimento. Il dipendente assume l'impegno ad essere contattabile, sia telefonicamente che via mail o con altre modalità simili, nella fascia oraria definita dal proprio Responsabile nell'accordo individuale (Fascia di contattabilità) al fine di garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi e il Responsabile. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro. Restano confermati i tempi di riposo in essere per le prestazioni rese in presenza, in adempimento e nel rispetto delle discipline contrattuali e legali applicabili. Il dipendente non può rendere alcuna prestazione lavorativa durante il periodo di 11 ore di riposo consecutivo giornaliero previsto dal CCNL e nella fascia oraria notturna tra le ore 22.00 e le ore 6.00 del giorno successivo (Fascia di inoperabilità). Il dipendente ha diritto alla disconnessione. A tal fine, fermo restando le attività funzionali agli obiettivi assegnati, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità non sono richiesti i contatti con i colleghi o con il Responsabile per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi.

Art. 10 - Luogo di svolgimento

Fermo restando che la sede di lavoro ad ogni altro effetto continua ad essere quella aziendale, lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile avverrà presso la residenza/domicilio abituale del dipendente. Il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro indicati nell'informativa INAIL, la piena operatività della dotazione informatica, la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni.

Art. 11 - Strumenti di lavoro

La prestazione lavorativa è consentita tramite l'uso di dotazioni tecnologiche (PC, telefono, ecc.) nella disponibilità del dipendente, qualora non siano fornite dall'azienda stessa. In tale caso il dipendente dovrà attestare, per le strumentazioni informatiche, il rispetto dei requisiti minimi di sicurezza indicati nella procedura operativa VPN e non opera l'art.18, comma 2 della L. n. 81/2017 in merito alla responsabilità del datore di lavoro relativamente alla sicurezza ed al buon funzionamento degli strumenti tecnologici. In caso di indisponibilità di strumentazione personale, l'azienda fornirà l'idonea dotazione tecnologica compatibilmente con le disponibilità esistenti (l'autorizzazione verrà temporaneamente sospesa in caso di indisponibilità della strumentazione). Il dipendente dovrà installare e configurare sul PC

il software VPN. Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile è consentito previa comunicazione della corretta implementazione del collegamento VPN all'UOC Gestione Risorse Umane. Il dipendente, allorché sia assegnatario di dispositivo aziendale, è responsabile dell'uso appropriato dello stesso e, conseguentemente, anche della sua diligente conservazione. I dispositivi devono essere utilizzati per fini esclusivamente istituzionali e connessi alla propria mansione e attività di servizio. Per quanto riguarda la strumentazione necessaria per la connessione alla rete aziendale, considerata la natura non stabile e non continuativa dell'attività fuori sede, il dipendente si impegna ad utilizzare quella di proprietà personale (fissa, wi-fi, wireless). Non sono previsti rimborsi di spese né per l'uso di strumenti informatici propri, né per costi di connessione alla rete, né di altri eventuali.

Art. 12 - Riservatezza, privacy e security

Il dipendente è tenuto a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'azienda utilizzata in connessione con la prestazione lavorativa. E' tenuto altresì ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Azienda che vengono trattate dal dipendente stesso e ad evitare che terzi possano accedere, produrre o copiare tali dati ed informazioni.

Art. 13 - Potere direttivo, di controllo e disciplinare

La modalità di lavoro agile non incide sul potere direttivo del datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle del lavoro in presenza. Il potere di controllo sull'attività resa in lavoro agile si esplica attraverso: a) la rendicontazione periodica sulla prestazione resa, secondo le modalità definite dal Responsabile. 7 Il lavoro agile dovrà consentire il mantenimento del medesimo livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede di lavoro. Ciascun Responsabile provvede ad assegnare al dipendente le attività da svolgere e gli obiettivi. In riferimento alla valutazione delle performance, l'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile non comporta alcuna differenziazione rispetto allo svolgimento in modalità tradizionale. Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, il dipendente e il diretto Responsabile si confrontano sullo stato di avanzamento secondo la periodicità definita dal Responsabile. - la contattabilità nella fascia di reperibilità concordata. Qualora il dipendente non risulti reperibile negli orari prestabiliti senza una comprovata giustificazione, ovvero la rendicontazione non dia conto di risultati soddisfacenti, l'Azienda valuterà la possibilità di recedere dall'accordo secondo le modalità previste dal presente Regolamento. Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile il comportamento del dipendente deve essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione deve essere svolta sulla base di quanto previsto dal CCNL vigente e di quanto indicato nel Codice di comportamento. Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dal presente regolamento e dalle disposizioni interne di servizio, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale vigente in materia.

Articolo 14 – Recesso

Ai sensi dell'art. 19 della L. n. 81/2017, entrambe le parti possono recedere dall'accordo individuale di lavoro agile a tempo determinato in qualsiasi momento con un preavviso di 15 giorni (di calendario) o, senza preavviso, fornendo un giustificato motivo. Fatte salve ulteriori ipotesi, costituiscono giustificato motivo: - l'assegnazione a diversa unità organizzativa; - la variazione delle mansioni; - sopravvenute ed

oggettive esigenze organizzative; - esigenze personali del dipendente; - il mancato raggiungimento degli obiettivi concordati; - problemi di sicurezza informatica. Al verificarsi di tali fattispecie, il dipendente riprende la propria prestazione lavorativa secondo l'orario ordinario presso la sede di lavoro.

Art. 15 - Garanzie per il lavoratore

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura giuridica del rapporto di lavoro in atto, che continua ad essere regolato dalle norme legislative e contrattuali vigenti. Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza. L'azienda garantisce al personale in lavoro agile parità di trattamento economico e normativo e le stesse opportunità previste per il lavoro in presenza con riferimento a progressioni di carriera, progressioni economiche, incentivazione della performance, iniziative formative.

Art. 16 - Assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali, nella sede di lavoro indicata nell'accordo individuale.

Art. 17 - Norma finale

Il presente regolamento sarà oggetto di verifica dopo il primo anno di applicazione per valutare eventuali modifiche e/o integrazioni. Per tutto quanto non espressamente disciplinato si fa rinvio alla normativa legislativa e contrattuale vigente

4.3 Piano Triennale Fabbisogno del Personale

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

L'AORN Moscati ha definito sulla base delle indicazioni contenute nel Disciplinare tecnico - *Metodologia di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR*, alla Delibera della Giunta Regionale n. 593 del 22/12/2020, la determinazione del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale, ai sensi dell'art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come inserito dall'art. 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, nonché dall'art. 1 della Legge 24 aprile 2020 n. 27.

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

Con DGRC 74 del 24/2/2022 la Regione Campania ha approvato la rimodulazione budget di spesa del personale delle Aziende del SSR a decorrere dall'anno 2022, e con nota 110624 del 28/2/2022 la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR ha invitato le Aziende ad adottare il PTFP provvisorio per il triennio 2021/2023, in aggiornamento a quanto già adottato.

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

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa del piano triennale del fabbisogno di personale approvato con Delibera n.492 del 21.04.2022 ed a seguito di modifiche ed integrazioni adottato con Delibera n. 767 del 30.06.2022.

Tabella Piano dei Fabbisogni 2021-2023 con dettaglio Ruolo e Profilo

Azienda Ospedaliera Moscati	esistente al 31/12/2020	Fabbisogno calcolato (sviluppo disciplinare)	Fabbisogno aggiuntivo	assunzioni 2021	assunzioni 2022	assunzioni 2023
Ruolo Sanitario:						
Dirigenza Medica	390	481	91	46	41	4
Dirig. S.N.Medica	37	47	10	4	6	-
Personale di comparto sanitario	882	1.164	282	41	228	13
Ruolo Tecnico:						
Dirigenza	3	4	1	-	-	1
Personale di comparto (compreso OSS)	186	268	82	18	41	23
Ruolo Professionale:						
Dirigenza	3	4	1	-	1	-
Personale di comparto	2	3	1	-	-	1
Ruolo Amministrativo:						
Dirigenza	10	12	2	-	1	1
Personale di comparto	144	176	32	14	10	8
Totale Personale	1.657	2.159	502	123	328	51

Si fa presente che nel corso del 2023 sarà adottato il piano dei fabbisogni del personale triennio 2022-2024

4.4 Formazione del Personale

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

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

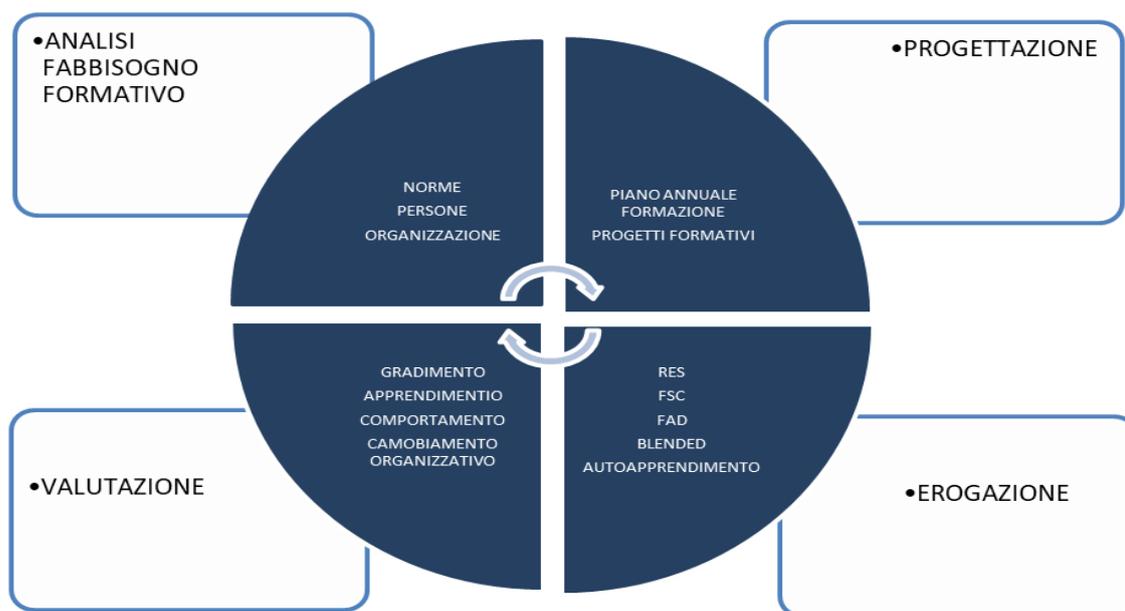
L'AORN SG Moscati è accreditata presso l'Agens quale Provider regionale per la erogazione delle diverse attività formative per la erogazione di ECM; Formazione Residenziale (RES) Formazione sul Campo (FSC), formazione a distanza (FAD sincrona e asincrona). Il percorso si è concluso nel 2021 e consente,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

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

FORMAZIONE

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

Figura 1



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

FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)

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

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

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

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

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

FORMAZIONE A DISTANZA FAD

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

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

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

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

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

FORMAZIONE SUL CAMPO

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

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

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

BLENDED

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

I progetti formativi blended può prevedere la combinazione di:

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

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

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

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

FORMAZIONE CONTINUA ECM

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

La Direzione Strategica annualmente definisce gli obiettivi e le linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Formativo di Formazione Continua e quindi le priorità da dare alla programmazione. La scelta delle priorità formative viene effettuata tenendo conto di eventuali indicazioni nazionali, regionali e aziendali.

L'analisi dei bisogni formativi rappresenta il primo passo nel processo di formazione e consente di determinare i contenuti della formazione e quindi di delineare le basi del piano formativo.

Con note dell'UOS Formazione e Aggiornamento a firma della Direzione Strategica congiuntamente al Responsabile dell'U.O.S. "Formazione ed Aggiornamento", si avvia l'analisi dei fabbisogni formativi al fine di rilevare con i Direttori di Dipartimento e i Responsabili delle varie Unità Operative Complesse i bisogni generali e specifici e, di conseguenza, definire i percorsi formativi in grado di sviluppare competenze ancorate alle esigenze aziendali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano formativo annuale è stato adottato con delibera n. 291/2022 in esito alla valutazione delle proposte effettuata dal Comitato Scientifico, tenendo conto degli obiettivi formativi tecnico-professionali, di processo e di sistema previsti per la formazione continua in medicina previsti

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali

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

- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali

- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere
- Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà
- Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione
- Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), uove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali
- Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate
- Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale
- Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza
- Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate
- Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment
- Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza
- Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione
- Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti

Gli obiettivi formativi di processo

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

- Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura
- Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA)
- La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato
- Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera
- Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali
- Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
- Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria

- Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti
- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo
- Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo

Gli obiettivi formativi di sistema

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

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)
- Linee guida - protocolli - procedure
- Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
- Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale
- Etica, bioetica e deontologia
- Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema
- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema
- Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema

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

La stesura del P.F.A. 2022 è stata ispirata dall'intento di favorire la partecipazione del personale aziendale alle iniziative formative investendo in progetti che accrescano competenze di tipo relazionale, che siano funzionali ad obiettivi di carattere multiprofessionale/multidisciplinare e che permettano di raggiungere un generale ed effettivo accrescimento, in termini di capacità lavorativa, degli attori coinvolti nell'azione formativa aziendale .

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

AZIONI FORMATIVE REALIZZATE NEL 2022

Nel 2022 da parte dell'Azienda SG Moscati in qualità di Provider sono stati realizzati per il programma ECM 47 attività formative per un totale di 710 ore

- **VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO NEI LAVORATORI DELL'AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO ANNO 2022**
13 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 30 ore per ciascun corso /edizione
- **SANITARI E PAZIENTE: NUOVA RELAZIONE ED OBBLIGHI**
6 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 7 ore per ciascun corso /edizione
- **RIANIMAZIONE APERTA: UN PONTE TRA IL CORRIDOIO E LO SPAZIO OLTRE LA PORTA PROGETTO**
3 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 24 ore per ciascun corso /edizione
- **CORSO DI VENTILAZIONE NEONATALE**
1 EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **IL CIRCOLO CEREBRALE: ANATOMIA, TECNICHE DI STUDIO, PATOLOGIA**
1 EDIZIONE
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 6 re per ciascun corso /edizione
- **PDTA ICTUS PROTOCOLLI E PROCEDURE DELLA RETE TEMPO DIPENDENTE PROVINCIA DI AVELLINO**
1 EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **IL PERCORSO DELLA DONAZIONE DEGLI ORGANI EVENTO DR. ANGELO BUGLIONE N. 6 ORE**
1 EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **CORSO DI TOSSICOLOGIA**
2 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **IL TROMBOEMBOLISMO VENOSO IN OSPEDALE: PROPOSTA DI PERCORSI EVIDENCE-BASED**
1 EDIZIONE
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **IL POLITRAUMA O TRAUMA MAGGIORE NEL PAZIENTE IN IPOTERMIA. PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO PDTA NEL POLITRAUMA SENZA E CON IPOTERMIA**
1 EDIZIONE
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 6 ore per ciascun corso /edizione

- **LA MEDICINA PREVENTIVA IN ERA COVID**
1 EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 20 ore per ciascun corso /edizione
- **EMERGENZE-URGENZE OSTETRICO GINECOLOGICHE PROGETTO**
2 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 10 ore per ciascun corso /edizione
- **STROKE: DAL TRIAGE ALLA SALA ANGIOGRAFICA**
2 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 2 ore per ciascun corso /edizione
- **BISOGNI DI SALUTE NELLE PERSONE LGBT + E CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI DI GENERE**
1 EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 15 ore per ciascun corso /edizione
- **GESTIONE DELL'ACCESSO VASCOLARE NEL NEONATO E NEL BAMBINO**
2 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT AMERICAN HEART ASSOCIATION PALS AHA**
2 EDIZIONI
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 13 ore per ciascun corso /edizione
- **IL RUOLO DEL LABORATORIO DI GENETICA NELL'ERA DELLA GENOMICA: LA NOSTRA ESPERIENZA**
1 EDIZIONE
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **GIORNATA NAZIONALE PARKINSON 2022-OBIETTIVI TERAPEUTICI NELLA MALATTIA DI PARKINSON:QUALITA' DEL MOVIMENTO/QUALITA' DELLA VITA**
1EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 5 ore per ciascun corso /edizione
- **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: FONDAMENTI, COMUNICAZIONE, CONSENSO INFORMATO. RISERVATO AI NUOVI ASSUNTI**
2 EDIZIONI DR. VINCENZO ARBUCCI N. 7 ORE PER EDIZIONE
Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 7 ore per ciascun corso /edizione
- **NEUROLOGIA E MEDICINA DI GENERE EVENTO DR. DANIELE SPITALERI SU 6 ORE**
N.1 EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 6 ore per ciascun corso /edizione
- **BILANCIO 2022 E PROSPETTIVA 2023 DEL GRUPPO PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO**
1 EDIZIONE
Evento formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati aperto anche agli esterni di 6 ore per ciascun corso /edizione

- **SORVEGLIANZA DALL'ESPOSIZIONE AGLI AGENTI FISICI**
1 EDIZIONE

Progetto formativo per i dipendenti dell'AORN SG Moscati di 24 ore per ciascun corso /edizione

ATTIVITA' FORMATIVE NON ECM ORGANIZZATE DALL'AZIENDA IN CAMPO SANIATARIO

- **N. 1 CORSO DI AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO NON ECM DAL TITOLO "PERCORSO ICTUS NELLA FASE OSPEDALIERA"** realizzato dalla UOSD Stroke Unit e svoltosi dal 19 ottobre al 23 novembre 2022- durata 24 ore.
- **CORSO DI FORMAZIONE AIDS ANNUALE OBBLIGATORIO DAL TITOLO "Corso di Formazione per il personale Socio- sanitario in tema di AIDS -Legge 135/90- Anno 2022"** riservato al Personale del Comparto dell'U.O.C. Malattie infettive - svoltosi dal 26 novembre al 27 dicembre 2022- durata 48 ore

CORSI FAD ASINCRONA NON ECM

- CORSO BREVE SULLA PRIVACY: IL REGOLAMENTO UE 2016/679 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI - (destinato ai nuovi dipendenti, a specializzandi e tirocinanti) - durata 30 minuti-
- FORMAZIONE GENERALE IN MATERIA DI EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19 – durata ore 4-
- PROCEDURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE PER GLI OPERATORI SANITARI ADDETTI ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19 (durata video 20 minuti circa)

PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO ESTERNO

- PRINCIPI GENERALI E PROCEDURE DI GARA ALLA LUCE DEI RECENTI INTERVENTI NORMATIVI E DEI PRINCIPI GIURISPRUDENZIALI. LE RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVE E CIVILI NELLA GESTIONE DEL CONTRATTO DI APPALTO
- CORSO ONLINE AVANZATO SUL DANNO ALLA PERSONA. FOCUS SULLA RESPONSABILITÀ IN TEMA DI CORONAVIRUS E SULLA RELATIVA RESPONSABILITÀ DEGLI OPERATORI SANITARI E DELLA REGIONE
- INTRODUZIONE AL PROJECT MANAGEMENT IN SANITÀ
- RESPONSABILITÀ MEDICA (CIVILE, PENALE DISCIPLINARE ED ERARIALE) NELL'ATTIVITÀ DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE E DEGLI OPERATORI SANITARI
- IL NUOVO PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE 2022/2024: METODO DI REDAZIONE E ANALISI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO DELLE INFORMAZIONI
- IL RUOLO E LE FUNZIONI DEL RUP PER IL PNRR
- I CONCORSI NEL NUOVO REGOLAMENTO 487: DALLA PREVISIONE NORMATIVA ALL'APPLICAZIONE PRATICA
- LA GESTIONE DEGLI ACCESSI TRA MISURE DI PREVENZIONE E ACCESSIBILITÀ DELLE INFORMAZIONI
- IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPCT): ANALISI PRATICA DEL RUOLO E DELLE FUNZIONI
- AFFIDAMENTI SOTTOSOGLIA: COME GESTIRE LE PROCEDURE. ANALISI OPERATIVA
- I CONTRATTI PUBBLICI SEMINARI TEMATICI

- PTPCT 2023/2025, GESTIONE DEL RISCHIO E RELAZIONE ANNUALE: VERSO GLI ADEMPIMENTI DI GENNAIO
- CORSO BASE DI NEUROLOGIA NUCLEARE

Nell' anno 2022 si è svolta la Formazione Anticorruzione tramite società esterna in FAD sincrona:

- CORSO LEGGE ANTICORRUZIONE N. 190/2012 svoltosi il 25 febbraio 2022 – durata ore 4-

PIANO ECM 2023

CORSO	OBIETTIVO ECM	SINTESI OBIETTIVI
INTERPRETAZIONE RAPIDA DI ECG E EGA IN EMERGENZA-URGENZA	18	acquisizione di capacità di diagnosi ed interpretazione di quadri clinici di abituale riscontro in emergenza urgenza
RIANIMAZIONE APERTA: UN PONTE TRA IL CORRIDOIO E LO SPAZIO OLTRE QUELLA PORTA	12	passaggio dal "to cure" al "to care" acquisizione di competenze relazionali , elementi di psicologia sistemica, modello assistenziale "umanizzazione delle cure"
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO PARTENDO DALL'ADI	2	presentazione della sperimentazione di Protocollo di intesa tra AORN SG Moscati e ASL Avellino per i pazienti dimessi in ADI , evitando il ritorno in PS
AGGIORNAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO DI NEFROLOGIA E DIALISI	18	sintesi aggiornata dei progressi della tecnologia e della clinica dell'insufficienza renale cronica, supporto d'organo e trapianti
LA GESTIONE DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA ROBOTICA: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	2	novità ed evidenze in termini di gestione pre-intra e post operatoria nei pazienti da sottoporre a chirurgia robotica
COME COMUNICARE IN NEONATOLOGIA	3	acquisire le basi delle comunicazioni di eventi avversi
RIANIMAZIONE NEONATALE	3	acquisire algoritmo di assistenza alla nascita
CANALOPATIE E CARDIOMIOPATIE ARITMOGENE: IL RUOLO DEL TEST GENETICO DI NUOVA GENERAZIONE (NGS) NELL' ITER DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO	29	il contributo del test genetico di nuova generazione nel complicato percorso che porta alla formulazione della diagnosi di canalopatie e cardiomiopatie aritmogene con il supporto di presentazione di casi clinici
IL TUMORE DEL RENE E DELLA VESCICA	18	confronto e aggiornamento sul PDTA dell'apparato urginale, attraverso l'approfondimento della fase diagnostica e delle procedure terapeutiche
SDO: DAL DATO ALLA CONOSCENZA	4	fornire al personale medico i criteri normativi per una corretta codifica delle schede di dimissione ospedaliera
TUTELA DELLA SALUTE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA	11	implementare le conoscenze sul management salute con focus sugli aspetti economici
CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE	27	implementare conoscenze basilari sul contenuto delle malattie infettive implementare e sviluppare le conoscenze di metodologia epidemiologica

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: FONDAMENTI, COMUNICAZIONE, CONSENSO INFORMATO E APPLICATIVI DEL SISTEMA OPERATIVO OSPEDALIERO. RISERVATO AI NUOVI ASSUNTI	6	fornire nozioni base della gestione del rischio clinico per i nuovi assunti
INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE E OSPEDALIERA. IL POLO VACCINALE DELL'AORN MOSCATI	9	integrazione con ASL . Il nuovo modello organizzativo del Polo Vaccinale ospedaliero . Maggiore copertura vaccinale dipendenti e fragili
TRACCIABILITA' E VIGILANZA- ASPETTI REGOLATORI. NUOVA RETE NAZIONALE ADR E DISPOSITIVO VIGILANZA	25	interpretare e gestire le informazioni di sicurezza sui farmaci
I GRUPPI PER LA GESTIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO	12	creazione di gruppi di lavoratori dell'A.O.R.N. S.G. Moscati al fine di aumentare la consapevolezza dell'importanza della relazione tra operatore di sanità e paziente
BURNOUT QUESTO SCONOSCIUTO. APPROFONDIMENTO SULLO STRESS LAVORO CORRELATO IN SANITA' E NON SOLO	12	incrementare la consapevolezza del fenomeno data la particolare natura del lavoro in ambito sanitario
GIORNATA NAZIONALE PARKINSON 2023	18	aggiornamento annuale sul trattamento integrato multispecialistico della Malattia di Parkinson
LA RETE NEURO-CARDIO-VASCOLARE	8	diagnostica differenziale dedicata ai meccanismi di interazione cuore cervello
MALATTIE AUTOIMMUNI, INFETTIVE, PARAINFETTIVE DEL SISTEMA NERVOSO	2	acquisizioni e aspetti innovativi in ambito terapeutico nelle principali malattie autoimmuni ed infettive del Sistema Nervoso
LE URGENZE NEUROLOGICHE E LE NEOPLASIE CEREBRALI	18	problematiche legate alle più frequenti patologie neurologiche nell'area delle urgenze-emergenze
LE CEFALEE IN P.S.:DALLE FORME PRIMARIE ALLE FORME SECONDARIE	21	trattamento delle cefalee nelle forme primarie e secondarie che afferiscono in P.S.
PDTA ICTUS	4	trattamento dell'ictus cerebrale quale terza causa di morte e necessità di velocizzare il percorso diagnostico terapeutico
CIRCOLO CEREBRALE. ANATOMIA E PATOLOGIA: FOCUS SU EMORRAGIE CEREBRALI	3	approfondire il percorso diagnostico e terapeutico del paziente con emorragia cerebrale
NEOPLASIE CEREBRALI: DIAGNOSTICA AVANZATA	3	aggiornamento sulle tecniche diagnostiche dei tumori cerebrali
GESTIONE DEL TRAUMA CRANIO GRAVE	1	migliorare le conoscenze teoriche e pratiche per la gestione del trauma cranico grave

GESTIONE E TRATTAMENTO DEL TRAUMA CERVICALE	2	elaborazione di un protocollo condiviso nel trattamento del trauma cervicale
ASSISTENZA PAZIENTE CRITICO	2	Necessità stabilizzazione e successiva assistenza sub- intensiva ed ordinaria del paziente critico che afferisce al PS pediatrico
ASSISTENZA PAZIENTE NEUROPATICO	3	tabilizzazione-assistenza-diagnosi del paziente neuro pediatrico

Sono inoltre previsti i seguenti corsi

WE ARE WHO WE ARE. IL PROBLEMA DELL'IDENTITA' SESSUALE IN INFANZIA ED ADOLESCENZA, TRA FICTION E PRATICA CLINICA	12	Focalizzare l'attenzione sulle esigenze di salute di salute legate all' identità sessuale su una particolare fascia di età , quella fase infantile e giovanile
I PAZIENTI EMATOLOGICI : PDTA, GESTIONE INTEGRATA TERRITORIO AZIENDE OSPEDALIERE, GESTIONE MULTIDISCIPLINARE E TERAPIE INNOVATIVE	3	Sensibilizzare e aggiornare i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e tutti i professionisti sanitari ai percorsi diagnostici e terapeutici integrati dei pazienti affetti da patologie neoplastiche c non neoplastiche

FORMAZIONE NEL TRIENNIO

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

Obiettivi generali:

- mantenimento strutturato, in maniera permanente, del sistema formativo ECM per favorire lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse sanitarie e delle le competenze personali,
- diffusione di una cultura della formazione;
- diffusione della formazione all'interno dell'Ente, avvalendosi anche di competenze interne, anche di metodologie didattiche online , di attività formative pianificate e organizzate per favorire l'acquisizione di competenze sul luogo di lavoro, di valorizzazione delle migliori pratiche ed esperienze professionali maturate nei singoli settori di appartenenza, di condivisione di strumenti operativi comuni a supporto della diffusione di informazioni utili;
- collaborazione con altri Enti e/o l'adesione a percorsi formativi qualificati ed economicamente adeguati

Rete dei formatori

In considerazione del fatto che la fase di individuazione dei bisogni formativi è di cruciale importanza si prevede un nuovo percorso organizzativo attraverso con l'introduzione dei c.d. Referenti Aziendali della Formazione (RAF) come trade union tra la Direzione Strategica, il DMPO, la UOS Formazione e le Strutture Aziendali.

Una rete di formatori , costituito da professionisti interni rappresentativi di diverse Strutture e ruoli sanitari presenti nell'azienda , di supporto e propulsione per attivare processi e ottenere risultati di utilità per le finalità dell'AORN Moscati ai suoi diversi livelli organizzativi.

L'intenzione è di costituire un numero di RAF significativo per avviare momenti di incontri e di approfondimento, per dare un ulteriore impulso alle attività dei Referenti in sinergia con i Dipartimenti e le strutture di riferimento.

In particolare i RAF concorrono alla individuazione di bisogni trasversali e ricorrenti a livello di determinate aggregazioni organizzative (quali i Dipartimenti) o a livello dell'intero Azienda suggerendo iniziative formative estese, con una economia di scala, evitando inutili riproduzioni separate; inoltre può

essere di grande utilità per i livelli decisionali superiori acquisire direttamente dagli operatori dati e suggerimenti sulle criticità rilevate e sulle ipotesi di soluzione.

La valorizzazione della progettazione formativa, come strumento orientato a garantire la personalizzazione degli interventi, si sostanzia attraverso un deciso investimento in termini di impegno relazionale nonché attraverso il coinvolgimento diretto dei referenti della formazione, al fine di rafforzare una cultura della collaborazione nei processi di progettazione degli interventi di sostegno allo sviluppo delle risorse umane.

aree formative interessate

L'attività formativa del triennio si andrà a sviluppare prevalentemente sulle seguenti aree:

Area giuridico-normativa

La continua evoluzione legislativa e regolamentare evidenzia la complessità delle discipline pubblicistiche e la varietà dei criteri interpretativi. Si ritiene di predisporre un percorso di aggiornamento formativo sulle seguenti tematiche : CONTROLLI ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA DELLE AZIENDE SANITARIE, CONTROLLI DI COMPETENZA DEL COLLEGIO SINDACALE, TECNICHE REDAZIONE DEI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI; RESPONSABILITÀ GIURIDICA DEI DIPENDENTI IN AMBITO SANITARIO, PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO, CONVENZIONI TRA AZIENDE DEL SSN PER

Area organizzazione e personale

Si intende sviluppare , secondo l'esigenza manifestata dal Direttore della UOC Risorse Umane, la proposizione di momenti formativi e di confronto sulle novità normative e operative relative ai diversi istituti normativi del pubblico impiego e alle metodologie di gestione delle risorse umane.

Nell'anno 2022 su indicazioni del Direttore della UOC GRU sono stati formati i dipendenti dell'area Concorsi sulla seguente tematica : "I CONCORSI NEL NUOVO REGOLAMENTO 487: DALLA PREVISIONE NORMATIVA ALL'APPLICAZIONE PRATICA".

PER IL 2023/24 È PREVISTA LA PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO ESTERNO SULLE CRITICITÀ APPLICATIVE DEL NUOVO CCNL DEL COMPARTO RECENTE ENTRATO IN VIGORE E RELATIVI ISTITUTI ED APPROFONDIMENTI GIURIDICI ED ECONOMICI, SULLA RIFORMA DEI CONCORSI PUBBLICI E PNRR, LAVORO AGILE , INCARICHI E PROGRESSIONI DI CARRIERA .

È IPOTIZZABILE LA PROMOZIONE DI INIZIATIVE FORMATIVE SU TEMATICHE ATTINENTI AL LAVORARE IN TEAM, STILI DI LEADERSHIP, PROBLEM SOLVING, DECISION MAKING

Area promozione della sicurezza sui luoghi di lavoro e del benessere organizzativo.

Stante la normativa vigente, esiste l'obbligo (previsto dall'art. 37 del D. Lgs 81/08) a carico del datore di lavoro di sottoporre i lavoratori (intendendosi per lavoratore chiunque svolga attività per l'Ente a titolo oneroso oppure a titolo gratuito) alle varie tipologie di formazione in tema di sicurezza d'intesa il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ente, verranno declinati ed erogati in base alle priorità individuate ed ai contingenti di personale da formare/aggiornare evidenziati dalle direzioni : VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI, POLITRAUMA AVANZATO; RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE AVANZATA, BLS, TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO, CORSO RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI , FORMAZIONE DIRIGENTE, FORMAZIONE GENERALE LAVORATORI, FORMAZIONE SPECIFICA LAVORATORI, FORMAZIONE PARTICOLARE AGGIUNTIVA PREPOSTO ; FORMAZIONE NUOVI ASSUNTI RISCHIO CLINICO

Area economico-finanziaria – controllo di gestione

Rientrano in quest'area le iniziative formative, sulla base di specifiche priorità indicate da parte dei Direttori Competenti, dirette ad approfondire e consolidare le metodologie di gestione afferenti alla CONTABILITÀ, PROJECT MANAGEMENT , LA NORMATIVA FISCALE, ALLE TEMATICHE DI CONTROLLO DI GESTIONE.

Area appalti pubblici

Rientrano in quest'area le iniziative formative dirette ad approfondire e consolidare le metodologie la normativa sugli appalti e i contratti pubblici.

Nel corso del 2022 ha visto la partecipazione di alcuni dipendenti della UOC Provveditorato a corsi esterni sui "PRINCIPI GENERALI E PROCEDURE DI GARA ALLA LUCE DEI RECENTI INTERVENTI NORMATIVI E DEI PRINCIPI GIURISPRUDENZIALI. LE RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVE E CIVILI NELLA GESTIONE DEL CONTRATTO DI APPALTO"; "I CONTRATTI PUBBLICI SEMINARI TEMATICI" "IL RUOLO E LE FUNZIONI DEL RUP PER IL PNRR".

Per il 2023/24 si prevede la partecipazione , dei dipendenti individuati dal Direttore della UOC Provveditorato Economato, a corsi esterni concernenti le seguenti tematiche: PRINCIPI GENERALI E PROCEDURE DI GARA ALLA LUCE DEI RECENTI INTERVENTI NORMATIVI E DEI PRINCIPI GIURISPRUDENZIALI, LE RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVE E CIVILI NELLA GESTIONE DEL CONTRATTO DI APPALTO, AFFIDAMENTI SOTTOSOGLIA: COME GESTIRE LE PROCEDURE; ACCESSO AGLI ATTI NELLE PROCEDURE DI GARA , IL MEPA , DISCIPLINA DEL SUBAPPALTO, AGENTI CONTABILI – ECONOMICI- , ANTICORRUZIONE E NUOVO PNA 2022-2024

Area tecnico-specialistica

Include la formazione di settore e l'aggiornamento su normative di carattere tecnico, mirati all'acquisizione e al consolidamento delle competenze necessarie per lo svolgimento di attività o a profili professionali specifici evidenziate dai Direttori di Struttura.

Nel corso del 2022 si è avuta la partecipazione alle seguenti attività formative esterne: del Responsabilità medica (civile, penale, disciplinare ed erariale) nell'attività delle strutture sanitarie ; Corso sul danno alla persona. Responsabilità in tema di Coronavirus e sulla relativa responsabilità degli operatori sanitari e della Regione; Gestione del paziente con osteoporosi e malattie osteometaboliche, Sorveglianza epidemiologica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria.

Per il 2023/24 oltre a quelli previsti nella programmazione ECM è previsto il CORSO DI FORMAZIONE AIDS, corso di formazione in materia di infezioni ospedaliere e si terrà conto delle indicazioni indicate da parte dei Direttori delle UOC Competenti e della Regione

Area anticorruzione e trasparenza

Saranno rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, al fine di conseguire una conoscenza dei contenuti del codice di comportamento e sulle tematiche dell'anticorruzione e disposizioni applicabili in tali ambito.

Nel corso del 2022 il personale afferente al servizio Anticorruzione e Trasparenza ha partecipato ai seguenti corsi

- IL NUOVO PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE 2022/2024: METODO DI REDAZIONE E ANALISI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO DELLE INFORMAZIONI
- LA GESTIONE DEGLI ACCESSI TRA MISURE DI PREVENZIONE E ACCESSIBILITÀ DELLE INFORMAZIONI
- IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPCT): ANALISI PRATICA DEL RUOLO E DELLE FUNZIONI PTPCT 2023/2025, GESTIONE DEL RISCHIO E RELAZIONE ANNUALE: VERSO GLI ADEMPIMENTI DI GENNAIO

È stato tenuto tramite ditta esterna e in modalità webinar il "CORSO LEGGE ANTICORRUZIONE N. 190/2012" svoltosi il 25 febbraio 2022 – durata ore 4

NEL CORSO DEL 2023 /2024 SI CONTINUERÀ LA FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA SU DIVERSE TEMATICHE TRA CUI : ETICA E LAGALITÀ ; CODICE DI COMPORTAMENTO, CONFLITTO DI INTERESSI, IL WHISTLEBOWING – LA TRASPARENZA E GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE AI SENSI DEL DLGS 33/2012 , IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA CORRUZIONE.

Area informatica

Comprende la formazione specifica su applicativi gestionali specifici e generali (videoscrittura, fogli di calcolo, ecc.) di uso comune, nonché eventuale aggiornamento del personale tecnico del settore Informatica sulla base di specifiche richieste da parte del Direttore del SIA.

ADESIONE al Syllabus .

VALORE P.A.

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

L'Amministrazione ha aderito al Progetto 2022 ed è ipotizzabile che l'Azienda aderirà al Progetto Valore PA INPS per il 2023 e 2024

AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

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

AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO

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

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

TIROCINIO CURRICOLARE

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

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

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

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

IL COMANDO FINALIZZATO

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

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

CORSI DI LAUREA PER LE PROFESSIONI SANITARIE

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

I corsi universitari attualmente attivi sono 3:

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

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

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

BANCHE DATI

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

RETE FORMATIVA DELLE SCUOLE SPECIALIZZAZIONE

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

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

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

5 Sezione 4 - Monitoraggio

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

La programmazione aziendale si compone delle fasi di

- Programmazione strategica
- Programmazione operativa - definizione obiettivi e risorse-
- Misurazione risultati – reporting e valutazione-
- Analisi degli scostamenti e azioni correttive

La programmazione strategica è definita dalla Direzione Strategica, nel rispetto di principi ed obiettivi ministeriali e regionali; si definiscono così, con gli atti di programmazione apicale, (Direttiva annuale del Direttore Generale, Piano della performance) obiettivi aziendali e strategie per il raggiungimento degli stessi.

La programmazione operativa prevede il coinvolgimento delle UU.OO per tramite di Direttori e/o Responsabili al fine dell'assegnazione e/o negoziazione degli obiettivi interni con relativa budgettizzazione delle risorse da impiegare (risorse umane ed economiche).

La misurazione dei risultati raggiunti passa attraverso il periodico monitoraggio delle attività svolte con contestuale sistematica valutazione degli obiettivi di medio periodo fissati al fine di garantirne il raggiungimento dell'obiettivo operativo negoziato a cadenza annuale.

All'esito dei monitoraggi e delle relative valutazioni vengono definite eventuali azioni correttive in caso di mancato pieno raggiungimento delle finalità preposte.

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

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

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

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

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

Nell'ambito del monitoraggio va menzionata l'attività svolta dal RPCT con le griglie di rilevazione del rischio corruttivo, monitorate per singola Unità operativa, nonché la gestione degli accessi così come normati.

A cura del RPCT, sono stati eseguiti, come da prassi, monitoraggi periodici in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Adempimento questo oggetto di verifica da parte dell'OIV che, con seduta del 09.06.22, ha compilato la griglia di rilevazione al 31.05.22 nonché il documento di attestazione allegati alla delibera 201/22. Tali documenti sono stati successivamente trasmessi ad ANAC dal RPCT.

Nell'ambito delle attività di monitoraggio previste dall'AORN la UOC DMPO elabora mensilmente e trimestralmente report di indicatori di efficienza/efficacia ed economicità con i relativi allegati delle performance delle singole UUOO. Tale monitoraggio di produzione è di particolare rilievo in quanto consente di individuare la tipologia di assistenza da erogare e di verificare gli ambiti di intervento più consoni a raggiungere gli obiettivi richiesti. L'attività effettuata nel 2021 consta dell'analisi e monitoraggio di un panel di indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia, del controllo delle attività di ricovero secondo il DM 69/19 e la verifica della correttezza, qualità e congruità delle SDO e della documentazione clinica prodotta.

6 Allegati

- Allegato 1 -Mappatura processi- Griglie dei rischi corruttivi con Key Risk Indicators

- Allegato 2- Elenco degli obblighi di pubblicazione