

PIANO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023-2025



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Mario Nicola Vittorio Ferrante', is written over the logos.

**AZIENDA SANITARIA
LOCALE AVELLINO**

**DIRETTORE GENERALE
Mario Nicola Vittorio Ferrante**

Indice

INTRODUZIONE

Sezione 1. SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE

Sezione 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

2.2 Performance

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Sezione 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.3 CUG e Piano Triennale di Azioni Positive (PAP)

3.4 Fabbisogno del personale

Sezione 4: MONITORAGGIO

ALLEGATI:

- Allegato 1 Cronoprogramma delle competenze
- Allegato 2 Mappatura delle strutture a rischio di corruzione
- Allegato 3 Obblighi di pubblicazione
- Allegato 4 Piano Formazione anno 2023

INTRODUZIONE

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione rappresenta un innovativo strumento per programmare in modo semplificato, qualificato e integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell'Azienda, in maniera funzionale alla creazione delle migliori condizioni di salute e benessere per i cittadini.

Tale programmazione organica e strategica per la sanità locale unitamente ad una pianificazione di medio e lungo termine per la filiera della salute, assume un valore ulteriore soprattutto in considerazione dell'attuale contesto storico nel quale, come è noto, i tagli lineari degli ultimi anni e la riduzione della spesa hanno ormai messo in crisi la tenuta del sistema stesso.

In quest'ottica e in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR), l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, partendo da una rivalutazione dell'organizzazione dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio, ha inteso sviluppare nuovi setting assistenziali, mettendo al centro il cittadino e i suoi bisogni di salute in modo da poterli tradurre in una risposta personalizzata più efficace e adeguata alle singole esigenze.

Tra le priorità della pianificazione strategica per il prossimo futuro c'è il rafforzamento della rete territoriale, attraverso il potenziamento dei servizi ed il miglioramento dei processi funzionali al raccordo con l'assistenza ospedaliera e con la rete dell'emergenza; l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche e la digitalizzazione dei processi; il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria garantendo equità di accesso alle cure e rafforzando la prevenzione a più livelli.

Con il PIAO l'Azienda Sanitaria Locale traccia la linea del proprio orizzonte, puntando su una sanità di prossimità, che possa avvicinarsi maggiormente al cittadino, valorizzando le professionalità e le risorse presenti, puntando a un sistema integrato capace di dare risposte efficaci ed appropriate ai bisogni di salute.

Si tratta di un percorso gestionale che conduca l'Azienda ad una qualificazione, riqualificazione e valorizzazione dell'offerta assistenziale ai differenti livelli mantenendo un necessario equilibrio economico-finanziario, per garantire la sostenibilità del processo di sviluppo nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Il Direttore Generale
Mario Nicola Vittorio Ferrante

II PIAO

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (di seguito PIAO) previsto dall'art.6 del D.L. n. 80/2021 e dal Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", descrive le linee strategiche adottate della ASL Avellino in materia di valutazione della performance e prevenzione della corruzione, gestione del capitale umano e sviluppo organizzativo, reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle risorse interne, al fine di armonizzare gli atti di pianificazione di norma già prescritti a carico delle amministrazioni pubbliche di seguito riportate:

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

Tale documento programmatico, redatto in coerenza con le Linee Guida per la compilazione del PIAO pubblicate dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e con le indicazioni operative definite dalla normativa vigente di riferimento, ha valenza interna, in quanto in grado di orientare l'attività gestionale delle strutture e dei professionisti, nonché valenza esterna rendendo partecipe la Comunità, degli obiettivi e dei programmi che l'Azienda Sanitaria Locale Avellino si è prefissata per il triennio 2023 – 2025 nell'intento di garantire ampia trasparenza e diffusione delle informazioni alla cittadinanza.

Pertanto i contenuti del PIAO possono essere così riassunti:

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

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione che si articola in quattro sezioni oltre alla Presentazione della ASL AV, contenuta nella Scheda Anagrafica:

1. Scheda anagrafica della ASL Avellino
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione;
3. Organizzazione e capitale umano;
4. Monitoraggio.

Il Piano ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente.

Sezione 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELLA ASL AVELLINO

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

L'Azienda Sanitaria Avellino nata dalla fusione delle ex Asl Av1 ed AV2, a seguito dell'accorpamento di cui alla DGRC n. 559 del 20 marzo 2009, ha sede legale in Via degli Imbimbo 10/12, Avellino.

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

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

1.2 Chi Siamo, Cosa Facciamo, Come Operiamo

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

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

1.2.1 L'Assistenza ospedaliera

L'Azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta il P.O. Ariano Irpino ed il P.O. S. Angelo dei Lombardi e n. 7 Case di Cura Accreditate con il SSR.

L'assetto organizzativo complessivo aziendale fa riferimento all'Atto Aziendale approvato con DCA 40/2017, mentre il nuovo Atto Aziendale di organizzazione e funzionamento è stato deliberato con atto n. 136 del 07 febbraio 2023 ed è in fase di approvazione da parte degli Organi Regionali.

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

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

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

1.2.2 L'Assistenza Territoriale

L'Azienda ha previsto il completamento e l'allineamento dell'assistenza territoriale secondo quanto previsto dal DCA 83/2019 di Programmazione della Rete Territoriale Regionale e secondo quanto previsto dalla DGRC n. 682 del 13.12.2022 ad oggetto "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal PNRR recepite dal DM 77/2022".

La ASL Avellino assicura, mediante le proprie strutture territoriali la gestione diretta, l'attività clinica, la diagnostica strumentale e per immagini, l'attività di laboratorio, le attività consultoriali, l'assistenza psichiatrica, ai tossicodipendenti, agli anziani, ai disabili psichici, ai malati terminali ed ai detenuti nelle

carceri. Inoltre garantisce la programmazione, il coordinamento, il monitoraggio delle attività dell'Assistenza Primaria (MMG, PLS, CA, Specialistica ambulatoriale) che rappresenta la prima porta d'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio dell'Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate.

1.2.3 La Prevenzione collettiva

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

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

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

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

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

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

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

1.3 La mission

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

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

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

- centralità della persona
- equità e uguaglianza
- trasparenza e integrità
- sostenibilità e valorizzazione del personale e dei professionisti del SSR

- innovazione e sviluppo
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'attività amministrativa
- integrazione tra ospedale e territorio
- integrazione socio sanitaria

1.4 L'Azienda in cifre

Si riportano, in sintesi, alcuni dati di attività riferiti al triennio 2020 - 2022, al fine di fornire un quadro di riferimento generale.

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

Tab. 1 Produzione strutture pubbliche ASL – Ricovero ospedaliero

Tipologia Struttura	ordinamento	Descrizione Strutture	2020	2021	2022 *
			Numero Casi	Numero Casi	Numero Casi
Presidio ASL	1	PO Ariano Irpino	3.065	4.094	2.321
	2	PO G. Criscuoli - S. Angelo dei Lombardi	1.585	2.051	1.121
Presidio ASL	3	Totale complessivo	4.650	6.145	3.442

Tab. 2 Produzione strutture private accreditate ASL – Ricovero ospedaliero

Tipologia Struttura	ordinamento	Descrizione Strutture	2020	2021	2022 *
			Numero Casi	Numero Casi	Numero Casi
Casa di cura convenzionata	1	Pineta Grande (Ex Villa Ester)	1.625	2.016	1.185
	2	Villa Maria - Baiano	129	117	121
	3	S. Rita - Atripalda (AV)	2.126	3.362	2.239
	4	Villa Maria - Mirabella Eclano	1.255	1.798	1.154
	5	Montevergine - Mercogliano	7.932	6.837	4.318
	6	Malzoni Villa dei Platani - Avellino	7.929	9.623	5.911
	7	Villa dei Pini - Avellino	249	416	230
	8	Totale complessivo	21.245	24.169	15.158

Tab.3 Produzione delle strutture pubbliche ASL: Attività specialistica ambulatoriale

Descrizione Strutture	2020		2021		2022 **	
	Numero Casi	valore	Prestazione	Valore	Prestazione	Valore
Distretti Sanitari	102.128	1.854.800,44 €	114.532	2.128.859,79 €	152.104	2.115.505,15 €
P.O. ARIANO IRPINO	125.779	2.404.261,58 €	139.151	2.095.398,37 €	63.344	2.000.310,37 €
P.O. SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	91.893	2.283.155,18 €	125.759	2.288.557,63 €	172.624	2.833.615,01 €
STRUTTURA POLIFUNZIONALE PER LA SALUTE - BISACCIA	23.175	121.278,66 €	76.484	781.604,25 €	37.517	141.669,40 €
Totale complessivo	342.975	6.663.495,86 €	455.926	7.294.420,04 €	525.589	7.091.099,93 €

* Fonte Dati dwh santec (Area attività-Ricoveri-analisi Olap)

** Fonte Dati modello STS21 Tableau Soresa (dwh-sanita.soresa.it)

Tab. 4 Attività di prevenzione (dati monitoraggio LEA)

Attività	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Vigilanza (cantieri, agricoltura, mal. Professionali, ulteriori comparti)	750	706	689
Indagini epidemiologiche	115	87	/
Indagini epidemiologiche Covid 19	9.152	19.819	/
Copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi per ciclo base (%)	97	98	97
Copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi per MPR (%)	96	96	96
Screening mammella (%)	8	12	16
Screening cervice uterina (%)	5	7	11
Screening colon retto (%)	7	5	9

Tab.5 Produzione strutture pubbliche ASL - Attività Dipartimento Salute Mentale

Struttura	Indicatore	Anno 2020*	Anno 2021	Anno 2022
Centri Salute Mentale	n. prestazioni	85.970	19.519	20.494
Centri Diurni	n. prestazioni	11.190	1.448	1.520
SERD	n. utenti	1.652	1.389	1.458
Neuropsichiatria Infantile e dell'età Evolutiva	n. prestazioni	39.423	9.442	9.914

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

Tab. 6 Produzione strutture pubbliche ASL - CD (cure domiciliari)

indicatore	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI (%)	2,83	2,67	2,49
Percentuale di ultrasessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro 2 giorni dalla dimissione ospedaliera (%)	46,58	33,33	56,52

Tab. 7 Dati economici

	Bilancio esercizio 2021 (euro)	Bilancio esercizio 2022 (euro)	Bilancio previsione 2023 (euro)
Valore della produzione	776.464.544,86	Da elaborare	754.451.131,00
Costi della produzione	769.352.161,68		747.052.006,00
Differenza tra valore e costo della produzione	7.112.383,18		7.399.125,00
Proventi e oneri finanziari	-2.401.170,33		-124.125,00
Proventi e oneri straordinari	2.711.003,12		=====
Risultato di esercizio prima delle imposte	7.422.215,97		7.275.000,00
Imposte e tasse	-7.293.894,56		7.275.000,00
Risultato di esercizio	128.321,41		0,00

Dati UOC Contabilità Generale ASL AV

1.5 Analisi del contesto esterno

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

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

L'altra parte di territorio, ad ovest della provincia, di circa 856 Km², ha una densità di popolazione notevolmente superiore alla precedente, e si estende nello spazio geografico definito la "Conca" di Avellino, un'ampia ed irregolare depressione posta tra le masse rilevate dell'Appennino e dell'Anti

appennino campani. Il massiccio del Partenio a ovest e i monti di Lauro a sud chiudono e dividono la Conca rispetto al beneventano e alla piana campana. Il massiccio del Terminio la separa ad est e a sud-est dalla piana di Salerno e rilievi minori ne orlano il lato nord-est delineando il passaggio verso la Puglia. I Comuni serviti in questa parte del territorio sono 64. L'ASL di Avellino confina con le ASL Salerno, Napoli 3 Sud e Benevento.

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

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

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

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con il territorio della Provincia di Avellino e comprende 118 comuni per una superficie totale di 2806,07 Km²; una densità abitativa media di 142,41 ab/Km² ed una popolazione complessiva di n.401.451.

(Fonte ISTAT al 01.01.2022)



Tab. 8 Il territorio di competenza

Popolazione residente	n. 401.451
Popolazione straniera residente	n. 12.729
Kmq	<u>2806,07 Kmq</u>
Densità Abit. /kmq	<u>142,41</u>
Sede legale	Avellino – Via degli Imbimbo 10/12
Comuni	n. 118
Distretti	n. 6
	Comuni afferenti ad ogni Distretto
DISTRETTO 01 di Ariano Irpino (Presidi sanitari distrettuali di Mirabella, Vallata e Grottaminarda)	Ariano Irpino, Bonito, Carife, Casalbore, Castel Baronia, Flumeri, Fontanarosa, Frigento, Gesualdo, Greci, Grottaminarda, Luogosano, Melito Irpino, Mirabella Eclano, Montaguto, Montecalvo Irpino, Paternopoli, San Nicola Baronia, San Sossio Baronia, Sant'Angelo all'Esca, Savignano Irpino, Scampitella, Sturno, Taurasi, Trevico, Vallata, Vallesaccarda, Villanova del Battista, Zungoli.
DISTRETTO 02 di Monteforte Irpino	Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino, Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala, Summonte.
DISTRETTO 03 di Sant'Angelo dei Lombardi (Presidi sanitari distrettuali di Montella e Calitri)	Andretta, Aquilonia, Bagnoli Irpino, Bisaccia, Cairano, Calabritto, Calitri, Caposele, Cassano Irpino, Castelfranci, Conza della Campania, Guardia dei Lombardi, Lacedonia, Lioni, Montella, Monteverde, Morra De Sanctis, Nusco, Rocca San Felice, Sant'Andrea di Conza, Sant'Angelo dei Lombardi, Senerchia, Teora, Torella dei Lombardi, Villamaina.
DISTRETTO 04 di Avellino (Presidi sanitari distrettuali di Altavilla e Cervinara)	Altavilla Irpina, Avellino, Capriglia Irpina, Cervinara, Chianche, Grottolella, Montefredane, Petruro Irpino, Pietrastornina, Prata di Principato Ultra, Pratola Serra, Roccabascera, Rotondi, San Martino Valle Caudina, Torroni, Tufo.
DISTRETTO 05 di Atripalda (Presidi sanitari distrettuali di Montemiletto e Montoro)	Aiello del Sabato, Atripalda, Candida, Castelvetero sul Calore, Cesinali, Chiusano di San Domenico, Lapio, Manocalzati, Montefalcione, Montefusco, Montemarano, Montemiletto, Montoro, Parolise, Pietradefusi, Salza Irpina, San Mango sul Calore, San Michele di Serino, San Potito Ultra, Santa Lucia di Serino, Santa Paolina, Santo Stefano del Sole, Serino, Solofra, Sorbo Serpico, Torre Le Nocelle, Venticano, Volturara Irpina.
DISTRETTO 06 di Baiano (Presidio sanitario distrettuale di Lauro)	Avella, Baiano, Domicella, Lauro, Marzano di Nola, Moschiano, Mugnano del Cardinale, Pago del Vallo di Lauro, Quadrelle, Quindici, Sirignano, Sperone, Taurano.

Tab. 9. Popolazione per distretto (dati ISTAT al 01.01.2022)

DISTRETTO 01 - Ariano Irpino - Comuni: n. 29														
Superficie 186,74 kmq - Densità abitativa: 120,21 ab/kmq														
COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Strutturale	Dip.
Ariano Irpino	1.254	1.203	2.457	6.772	6.788	13.560	2.352	2.871	5.223	21.240	212,58	38,52	56,64	
Bonito	111	123	234	782	717	1.499	221	288	509	2.242	217,52	33,96	49,57	
Carife	70	60	130	392	386	778	168	213	381	1.289	293,08	48,97	65,68	
Casalbore	85	72	157	488	512	1.000	207	244	451	1.608	287,26	45,10	60,80	
Castel Baronia	53	62	115	347	341	688	130	136	266	1.069	231,30	38,66	55,38	
Flumeri	151	160	311	763	809	1.572	306	338	644	2.527	207,07	40,97	60,75	
Fontanarosa	151	145	296	921	919	1.840	342	408	750	2.886	253,38	40,76	56,85	
Frigento	167	168	335	1.160	1.106	2.266	407	453	860	3.461	256,72	37,95	52,74	
Gesualdo	179	178	357	1.061	1.021	2.082	378	457	835	3.274	233,89	40,11	57,25	
Greci	26	27	53	166	144	310	98	130	228	591	430,19	73,55	90,65	
Grottaminarda	487	484	971	2.549	2.541	5.090	766	906	1.672	7.733	172,19	32,85	51,93	
Luogosano	59	61	120	409	331	740	103	134	237	1.097	197,50	32,03	48,24	
Melito Irpino	127	98	225	580	553	1.133	199	240	439	1.797	195,11	38,75	58,61	
Mirabella														
Eclano	371	348	719	2.206	2.181	4.387	748	878	1.626	6.732	226,15	37,06	53,45	
Montaguto	14	10	24	101	89	190	56	80	136	350	566,67	71,58	84,21	
Montecalvo Irpino	182	170	352	1.032	1.034	2.066	422	540	962	3.380	273,30	46,56	63,60	
Paternopoli	132	105	237	688	670	1.358	251	312	563	2.158	237,55	41,46	58,91	
San Baronia	38	41	79	254	242	496	79	103	182	757	230,38	36,69	52,62	
San Baronia	91	82	173	469	468	937	177	236	413	1.523	238,73	44,08	62,54	
Sant'Angelo all'Esca	31	37	68	239	225	464	102	113	215	747	316,18	46,34	60,99	

Savignano Irpino	63	46	109	313	293	606	145	166	311	1.026	285,32	51,32	69,31
Scampitella	23	39	62	313	302	615	165	207	372	1.049	600,00	60,49	70,57
Sturno	161	166	327	899	893	1.792	324	374	698	2.817	213,46	38,95	57,20
Taurasi	122	96	218	694	714	1.408	269	296	565	2.191	259,17	40,13	55,61
Trevico	41	42	83	264	246	510	120	154	274	867	330,12	53,73	70,00
Vallata	156	135	291	789	790	1.579	304	366	670	2.540	230,24	42,43	60,86
Vallesaccarda	77	70	147	398	389	787	134	182	316	1.250	214,97	40,15	58,83
Villanova del Battista	61	71	132	474	465	939	180	227	407	1.478	308,33	43,34	57,40
Zungoli	34	28	62	308	324	632	129	153	282	976	454,84	44,62	54,43
TOTALE	4.517	4.327	8.844	25.831	25.493	51.324	9.282	11.205	20.487	80.655	231,65	39,92	57,15

DISTRETTO 02 – Monteforte Irpino - Comuni: n. 7														
Superficie 26,95 kmq – densità abitativa: 442,78 ab/kmq														
COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Strutturale	Dip.
Monteforte Irpino	846	768	1.614	3.939	3.819	7.758	983	1.073	2.056	11.428	127,39	26,50	47,31	
Contrada	214	193	407	1.020	964	1.984	278	292	570	2.961	140,05	28,73	49,24	
Forino	350	353	703	1.802	1.695	3.497	431	546	977	5.177	138,98	27,94	48,04	
Mercogliano	690	721	1.411	3.808	3.878	7.686	1.149	1.389	2.538	11.635	179,87	33,02	51,38	
Ospedaletto d'Alpinolo	142	154	296	693	672	1.365	176	226	402	2.063	135,81	29,45	51,14	
Sant'Angelo Scala	35	29	64	280	203	483	72	83	155	702	242,19	32,09	45,34	
Summonte	81	82	163	502	503	1.005	176	168	344	1.512	211,04	34,23	50,45	
TOTALE	2.358	2.300	4.658	12.044	11.734	23.778	3.265	3.777	7.042	35.478	151,18	29,62	49,21	

DISTRETTO.03 – S. Angelo dei Lombardi - Comuni: n. 25

Superficie: 55,11 kmq – Densità abitativa: 76,35 ab/kmq

COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Strutturale	Dip.
Sant'Angelo dei Lombardi	225	182	407	1.314	1.202	2.516	460	530	990	3.913	243,24	39,35	55,52	
Andretta	69	79	148	548	514	1.062	200	278	478	1.688	322,97	45,01	58,95	
Aquilonia	57	49	106	546	434	980	179	242	421	1.507	397,17	42,96	53,78	
Bagnoli Irpino	142	143	285	1.035	970	2.005	334	405	739	3.029	259,30	36,86	51,07	
Bisaccia	220	201	421	1.125	1.062	2.187	432	514	946	3.554	224,70	43,26	62,51	
Cairano	6	7	13	74	80	154	54	54	108	275	830,77	70,13	78,57	
Calabritto	104	108	212	679	657	1.336	292	345	637	2.185	300,47	47,68	63,55	
Callitri	183	175	358	1.321	1.259	2.580	555	785	1.340	4.278	374,30	51,94	65,81	
Caposele	200	208	408	1.054	1.035	2.089	351	423	774	3.271	189,71	37,05	56,58	
Cassano Irpino	53	49	102	327	307	634	90	104	194	930	190,20	30,60	46,69	
Castelfranci	92	95	187	585	558	1.143	220	271	491	1.821	262,57	42,96	59,32	
Conza della Campania	68	68	136	414	402	816	150	184	334	1.286	245,59	40,93	57,60	
Guardia Lombardi	77	53	130	448	470	918	210	268	478	1.526	367,69	52,07	66,23	
Lacedonia	90	84	174	692	630	1.322	246	322	568	2.064	326,44	42,97	56,13	
Lioni	389	384	773	1.943	1.949	3.892	619	732	1.351	6.016	174,77	34,71	54,57	
Montella	435	456	891	2.379	2.345	4.724	768	984	1.752	7.367	196,63	37,09	55,95	
Monteverde	25	32	57	247	217	464	85	108	193	714	338,60	41,59	53,88	
Morra De Sanctis	57	59	116	339	323	662	152	203	355	1.133	306,03	53,63	71,15	
Nusco	210	197	407	1.242	1.246	2.488	453	570	1.023	3.918	251,35	41,12	57,48	
Rocca Felice	42	41	83	260	225	485	100	129	229	797	275,90	47,22	64,33	

Sant'Andrea di Conza	42	41	83	481	404	885	143	257	400	1.368	481,93	45,20	54,58
Senerchia	29	22	51	282	235	517	95	88	183	751	358,82	35,40	45,26
Teora	75	63	138	441	432	873	223	229	452	1.463	327,54	51,78	67,58
Torella dei Lombardi	111	106	217	658	602	1.260	204	289	493	1.970	227,19	39,13	56,35
Villamaina	56	56	112	271	308	579	108	117	225	916	200,89	38,86	58,20
TOTALE	3.057	2.958	6.015	18.705	17.866	36.571	6.723	8.431	15.154	57.740	251,94	41,44	57,88

DISTRETTO 04 – Avellino - Comuni: n. 16

Superficie 30,55 kmq – Densità abitativa: 1.779,15 ab/kmq

COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Strutturale	Dip.
Avellino	2.893	2.832	5.725	16.417	17.341	33.758	5.478	7.537	13.015	52.498	227,34	38,55	55,51	
Altavilla Irpina	265	235	500	1.280	1.261	2.541	434	529	963	4.004	192,60	37,90	57,58	
Capriglia Irpina	169	137	306	739	736	1.475	217	265	482	2.263	157,52	32,68	53,42	
Cervinara	542	521	1.063	2.878	2.965	5.843	855	1.035	1.890	8.796	177,80	32,35	50,54	
Chianche	19	18	37	168	142	310	56	65	121	468	327,03	39,03	50,97	
Grottolella	96	103	199	624	587	1.211	191	215	406	1.816	204,02	33,53	49,96	
Montefredane	132	108	240	716	684	1.400	218	276	494	2.134	205,83	35,29	52,43	
Petruo Irpino	23	16	39	87	85	172	39	48	87	298	223,08	50,58	73,26	
Pietrastornina	83	73	156	487	430	917	170	212	382	1.455	244,87	41,66	58,67	
Prata di Principato Ultra	170	166	336	1.010	903	1.913	236	296	532	2.781	158,33	27,81	45,37	
Pratola Serra	238	263	501	1.200	1.209	2.409	347	386	733	3.643	146,31	30,43	51,22	
Roccabascerana	134	134	268	782	741	1.523	251	277	528	2.319	197,01	34,67	52,27	
Rotondi	254	216	470	1.158	1.095	2.253	313	388	701	3.424	149,15	31,11	51,98	

San Martino Valle Caudina	313	278	591	1.603	1.562	3.165	466	583	1.049	4.805	177,50	33,14	51,82
Torrioni	10	8	18	172	126	298	70	70	140	456	777,78	46,98	53,02
Tufo	34	30	64	264	244	508	97	126	223	795	348,44	43,90	56,50
TOTALE	5.375	5.138	10.513	29.585	30.111	59.696	9.438	12.308	21.746	91.955	206,85	36,43	54,04

DISTRETTO 05 – Atripalda - Comuni: n. 28														
Superficie 8,59 kmq – Densità abitativa: 1.276,83 ab/kmq														
COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Strutturale	Dip.
Atripalda	613	610	1.223	3.439	3.559	6.998	994	1.240	2.234	10.455	182,67	31,92	49,40	
Aiello del Sabato	282	247	529	1.376	1.380	2.756	339	383	722	4.007	136,48	26,20	45,39	
Candida	79	69	148	388	358	746	104	106	210	1.104	141,89	28,15	47,99	
Castelvetero Sul Calore	90	79	169	496	461	957	172	213	385	1.511	227,81	40,23	57,89	
Cesinali	163	174	337	889	874	1.763	227	238	465	2.565	137,98	26,38	45,49	
Chiusano S. Domenico	137	103	240	670	690	1.360	223	287	510	2.110	212,50	37,50	55,15	
Lapio	84	65	149	483	464	947	168	182	350	1.446	234,90	36,96	52,69	
Manocalzati	181	178	359	1.054	1.010	2.064	292	336	628	3.051	174,93	30,43	47,82	
Montefalcione	184	179	363	1.010	996	2.006	335	437	772	3.141	212,67	38,48	56,58	
Montefusco	55	60	115	407	374	781	144	172	316	1.212	274,78	40,46	55,19	
Montemarano	142	138	280	824	765	1.589	340	427	767	2.636	273,93	48,27	65,89	
Montemiletto	286	281	567	1.667	1.615	3.282	568	650	1.218	5.067	214,81	37,11	54,39	
Montoro	1.530	1.442	2.972	6.611	6.495	13.106	1.554	1.764	3.318	19.396	111,64	25,32	47,99	
Parolise	31	39	70	204	199	403	80	85	165	638	235,71	40,94	58,31	
Pietradefusi	96	71	167	628	635	1.263	234	301	535	1.965	320,36	42,36	55,58	
Saiza Irpina	36	28	64	228	242	470	96	93	189	723	295,31	40,21	53,83	

San Mango Sul Calore	62	35	97	372	336	708	131	158	289	1.094	297,94	40,82	54,52
San Michele di Serino	177	122	299	833	810	1.643	217	276	493	2.435	164,88	30,01	48,20
San Potito Ultra	78	76	154	490	507	997	146	180	326	1.477	211,69	32,70	48,14
Santa Lucia di Serino	97	102	199	457	435	892	138	176	314	1.405	157,79	35,20	57,51
Santa Paolina	56	58	114	389	366	755	128	178	306	1.175	268,42	40,53	55,63
Santo Stefano del Sole	124	119	243	683	692	1.375	207	251	458	2.076	188,48	33,31	50,98
Serino	428	415	843	2.281	2.157	4.438	680	808	1.488	6.769	176,51	33,53	52,52
Solofra	826	851	1.677	4.141	4.077	8.218	1.052	1.216	2.268	12.163	135,24	27,60	48,00
Sorbo Serpico	23	23	46	191	181	372	57	59	116	534	252,17	31,18	43,55
Torre le Nocelle	57	64	121	406	396	802	137	142	279	1.202	230,58	34,79	49,88
Venticano	147	133	280	727	730	1.457	247	305	552	2.289	197,14	37,89	57,10
Volturnara Irpina	168	178	346	963	924	1.887	333	455	788	3.021	227,75	41,76	60,10
TOTALE	6.232	5.939	12.171	32.307	31.728	64.035	9.343	11.118	20.461	96.667	168,11	31,95	50,96

DISTRETTO 06 – Baiano - Comuni n. 13													
Superficie 12,29 kmq – Densità abitativa: 376,67 ab/kmq													
COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
Baiano	275	267	542	1.480	1.494	2.974	428	571	999	4.515	184	33,59	51,82
Avella	560	553	1.113	2.497	2.592	5.089	648	756	1.404	7.606	126	27,59	49,46
Domicella	152	131	283	635	586	1.221	150	184	334	1.838	118	27,35	50,53
Lauro	227	194	421	1.043	1.111	2.154	319	436	755	3.330	179	35,05	54,60

Marzano di Nola	118	113	231	545	535	1.080	130	183	313	1.624	135	28,98	50,37
Moschiano	102	116	218	514	535	1.049	128	158	286	1.553	131	27,26	48,05
Mugnano del Cardinale	338	266	604	1.775	1.679	3.454	492	595	1.087	5.145	180	31,47	48,96
Pago del Vallo di Lauro	125	110	235	581	607	1.188	146	172	318	1.741	135	26,77	46,55
Quadrelle	123	124	247	618	602	1.220	158	177	335	1.802	136	27,46	47,70
Quindici	131	103	234	592	564	1.156	201	234	435	1.825	186	37,63	57,87
Sirignano	218	202	420	951	992	1.943	217	251	468	2.831	111	24,09	45,70
Sperone	260	255	515	1.219	1.274	2.493	305	347	652	3.660	127	26,15	46,81
Taurano	94	91	185	500	490	990	131	180	311	1.486	168	31,41	50,10
TOTALE	2.723	2.525	5.248	12.950	13.061	26.011	3.453	4.244	7.697	38.956	146,67	29,59	49,77

sintesi

ASL AVELLINO	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	TOTALE	Ind. Vecchiaia	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutturale
TOTALE	24.262	23.187	47.449	131.422	129.993	261.415	41.504	51.083	92.587	401.451	195,13	35,42	53,57

Popolazione da 65 a 100 e più aa 92.587 (23% sul totale):

di cui 41.504 maschi e 51.083 femmine

Popolazione da 0 – 14 aa 47.449 (12 % sul totale):

di cui 24.262 maschi e 23.187 femmine

Popolazione straniera residente 12.729 di cui 5.742 maschi e 6.987 femmine

TOTALE POPOLAZIONE: 401.451 di cui maschi 197.188 e femmine 204.263) + 12.729 popolazione straniera (di cui 5.742 maschi e 6.987 femmine) = 414.180 (Dati Istat 01.01.2022)

Tab. 10. Popolazione residente all'1.1.2022 distinta per grandi classi d'età e per Distretto.

Classe d'età	Distretto						TOTALE	% stranieri
	Ariano Irpino	Montefort e Irpino	S. Angelo dei L.	Avellino	Atripalda	Baiano		
0-14	8844	4658	6015	10513	12171	5248	47449	3,4%
15-64	51324	23778	36571	59696	64035	26011	261415	4%
65 e oltre	20487	7042	15154	21746	20461	7697	92587	0,7%
TOTALE	80655	35478	57740	91955	96667	38956	401451	8,1%

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

1.6 Analisi del contesto interno

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

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

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

Tab. 11 Articolazioni aziendali

La Rete Ospedaliera della ASL		
	Presidio Ospedaliero S. Ottone Frangipane di Ariano I. Presidio Ospedaliero Criscuoli Frieri di S. Angelo dei L.	n. p. l. 330 + 18 SPDC + 8 DH SPDC totale n. 356 p.l.
Le Strutture Territoriali		
Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia		
Pain Control Center Hospice		n. 10 p.l. per adulti
RSA pubblica R3D disabili		n. 20 p.l.
Speciali Unità per l'Accoglienza Permanente – SUAP per i pazienti in SV e di MC		n. 10 p.l. per adulti
Struttura Intermedia Residenziale per il trattamento di pazienti psichiatrici Estensiva - SIRE		n. 18 p.l.
Ospedale di Comunità - OdC		n. 10 p.l.
Hospice	Pain Control Center Hospice di Solofra	n. 12 p.l.
SIRE pubblica	S. Nicola Baronia	n. 10 p.l.
RSA pubblica	RSA Anziani di Nusco e Modulo Demenze n. 48 p.l. in corso processo di riconversione in R3 n. 40p.l. ed R2D n. 8 pl. e CDCD	n. 48 p.l.
Centro Alzheimer Pubblico	Centro Diurno di Avellino	n. 10 posti
Centro per l'Autismo	Centro diurno per l'Autismo di S. Angelo dei L.	n. 20 posti giovani adulti + 10 posti adolescenti
Centro Riabilitazione	Centro Riabilitazione Età Evolutiva - Centro Australia di Avellino	ambulatoriale
REMS	REMS di S. Nicola Baronia	n. 20 p.l.
Strutture per l'Assistenza Penitenziaria	Articolazione funzionale del Carcere di Sant'Angelo dei Lombardi	n.10 p.l.
CAD pubblico	Centro Antidiabetico di Lioni Centro Antidiabetico di Montoro	ambulatoriale
Postazioni 118	n. 16 di cui 1 PSAUT presso SPS Bisaccia e n.15 postazioni STIE	
Consultori	n. 17	
Ambulatori vaccinali	n. 20	

Convenzionati	MMG (al 15 aprile 2022)	n. 265
	PLS (al 15 aprile 2022)	n. 41
	Medici Continuità Assistenziale (al 15 aprile 2022)	n. 112 titolari n. 98 sostituti
	Specialisti ambulatoriali distrettuali	ore totali n. 2.600
	Medici SAUT (al 15 aprile 2022)	n. 70 di cui n. 52 dipendenti n. 18 convenzionati
Strutture Private Accreditate con il SSR		
Strutture	Case di Cura	n. 7
	Laboratori	n.25
	Aggregazioni Laboratoristiche	n.5 e n.1 in corso
	Radiodiagnostica	n. 6
	Radioterapia	n.1
	Medicina Nucleare in vivo	n.1
	Diagnostica Cardiovascolare	n. 2
	Centro specialistico Neurologico	n.1
	Centri Antidiabetici	n. 3 e n.1 in corso
	Centri di Dialisi	n. 8
	Strutture residenziali Psichiatriche SIRE e SIRI	n.3
	Riabilitazione ex Art. 26	n. 9
	Recupero e Riabilitazione Funzionale FKT	n.10
	Speciali Unità di Accoglienza Permanente SUAP	n.1
	Strutture per le Dipendenze	n. 2 (di cui n.1 in corso)
	RSA Anziani	n. 5
RSA Disabili	n. 5	
Cure Termali	n.1	

1.7 Criticità ed opportunità

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

A livello organizzativo, a partire dall'anno 2023 e per i prossimi anni, sarà fondamentale da parte dell'Azienda cogliere le opportunità offerte dai programmi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che, in risposta alla crisi pandemica, consentiranno di realizzare investimenti e riforme di portata e ambizione inedite. In tale ambito, la principale sfida per l'Azienda riguarderà la riorganizzazione territoriale con il potenziamento dell'assistenza e della rete sanitaria, anche attraverso un'attenta pianificazione dei significativi interventi di investimento da realizzare utilizzando gli specifici finanziamenti.

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

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

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

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

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

Al fine di sostenere il valore pubblico come descritto, si tracciano di seguito le linee strategiche aziendali:

- Sviluppo medicina di prossimità
- Potenziamento attività ospedaliera
- Introduzione servizi digitalizzati, sicurezza dei dati e innovazione strategica del sistema
- Equità, pari opportunità, garanzia di accesso alle cure

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

2.2 Performance

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

Nella predisposizione del sistema degli obiettivi sono stati considerati gli obiettivi assegnati al Direttore Generale con DGRC n. 324 del 21.06.2022 e successiva DGRC n. 101 del 04.08.2022 ed il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA/NSG.

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

2.2.1 Performance ed Obiettivi Regionali

La performance aziendale non può prescindere dagli obiettivi assegnati dalla Regione Campania alle Aziende sanitarie che rappresentano il riferimento principale della programmazione aziendale e che sono legati allo sviluppo delle linee strategiche sulle quali l'azienda fonda la programmazione per il prossimo triennio. L'impianto generale degli obiettivi di performance fa riferimento, pertanto, agli obiettivi assegnati nel 2022 al Direttore Generale della ASL AV con DGRC n. 324 del 21.06.2022 e con DGRC n. 101 del 04.08.2022, nonché la delibera Aziendale n. 1685 del 09.08.2022, quale presa d'atto delle citate delibere di Giunta regionale, e negli atti ad essa collegati, come di seguito riportati:

Obiettivi Generali

- Il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria.
- Il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali Assistenza.
- Il rispetto dei tempi di pagamento.

Obiettivi specifici

- garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professioni Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022.

Ulteriori obiettivi tematici

- attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;
- erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento;

Per quanto riguarda gli obiettivi inerenti le linee di programmazione strategica aziendale riportate nel paragrafo precedente Valore Pubblico, essi sono stati definiti coerentemente con i programmi operativi regionali, con la pianificazione in materia di investimenti in edilizia sanitaria, con la programmazione economico-finanziaria regionale ed aziendale, con le misure attuative del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR e sono di seguito illustrati.

Detti obiettivi operativi saranno declinati nelle schede di valutazione anno 2023, strumenti di valutazione delle performance aziendali.

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

OBIETTIVI OPERATIVI

- Attivazione nuovi Ospedali di Comunità – OdC
- Realizzazione Case di Comunità - CdC
- Attivazione Centrali Operative Territoriali – COT
- Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale
- Realizzazione nuove sedi distrettuali

Attivazione nuovi Ospedali di Comunità – OdC

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

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

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

Le nuove strutture, n. 4 Ospedali di Comunità, previsti nel piano di investimenti regionale Missione 6 del PNRR, in corso di finanziamento, saranno realizzati secondo il cronoprogramma definito dal livello regionale:

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

Pertanto gli obiettivi operativi per il prossimo triennio, inerenti la realizzazione degli Ospedali di Comunità, sono di seguito illustrati:

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	Indicatore	2023	2024	2025
Attivazione nuovi Ospedali di Comunità	UOC Tecnico Patrimoniale	Procedura di affidamento SIA per ristrutturazione/ adeguamento sedi	Completamento procedura per 4 OdC		
	UOC Tecnico Patrimoniale Dipartimento di Prevenzione	Esecuzione lavori e completamento opere	Avvio Lavori per 4 OdC	Proseguimento lavori per 4 OdC	Ultimazione opere
	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC SII	Procedura di affidamento per acquisizione beni strumentali ed arredi			procedura per 4 OdC
	Distretti Sanitari UOC QA/RC UOSD Dipartimento di Prevenzione UOC Cure Primarie UOSD PPA	Definizione piano organizzativo distrettuale			Definizione Piano Organizzativo OdC Distrettuali
	UOC GRU	Avvio procedure di reclutamento risorse umane			Definizione Piano di acquisizione risorse umane

	Responsabile Esecuzione PNRR Tutte le UU.OO. a vario titolo coinvolte	Attività di rendicontazione separata periodica e raccordo con gli organi regionali	Elaborazione ed aggiornamento documento di rendicontazione	aggiornamento documento di rendicontazione	aggiornamento documento di rendicontazione
--	--	---	---	--	--

Realizzazione Case di Comunità – CdC

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

L'obiettivo è quello di garantire in modo coordinato:

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

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

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

Come nel caso degli OdC, anche la realizzazione delle CdC rispetta la tempistica definita a livello regionale. Pertanto Gli obiettivi operativi per il triennio, sono i seguenti:

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Realizzazione Case di Comunità	UOC Tecnico Manutentivo	Procedura di affidamento SIA per ristrutturazione/a deguamento sedi	Completamento procedura per 10 CdC		
	UOC Tecnico Patrimoniale	Esecuzione lavori e completamento opere	Avvio Lavori per 10 CdC	Prosecuzione lavori per 10 CdC	Ultimazione opere
	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC SII	Procedura di affidamento per acquisizione beni strumentali ed arredi			procedura per 10 CdC
	Distretti Sanitari UOC QA/RC Dipartimento Prevenzione UOC Cure Primarie UOSD PPA	Definizione piano organizzativo distrettuale			Definizione Piano Organizzativo OdC Distrettuali
	UOC GRU	Avvio procedure di reclutamento risorse umane			Definizione Piano di acquisizione risorse umane
	Responsabile Esecuzione PNRR Tutte le UU.OO. a vario titolo coinvolte	Attività di rendicontazione separata periodica e raccordo con gli organi regionali	Elaborazione ed aggiornamento documento di rendicontazione	aggiornamento documento di rendicontazione	aggiornamento documento di rendicontazione

Attivazione Centrali Operative Territoriali – COT

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

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

Nella Asl Avellino è prevista la realizzazione di n.4 Centrali Operative territoriali, di cui una, quella di Avellino, con funzioni di COT Aziendale, e nello specifico:

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

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Centrali Operative Territoriali	UOC Tecnico Manutentivo UOC Provveditorato UOC SII	n. di COT attivate	n. 4/n.4	Implementazione attività	Mantenimento ed implementazione
	Distretti Sanitari UOC QA/RC Dipartimento di Prevenzione UOC Cure Primarie UOSD PPA	Definizione piano organizzativo	Approvazione Regolamento di organizzazione e funzionamento COT		
	UOC GRU	procedure di reclutamento risorse umane	Reclutamento risorse umane come da piano del fabbisogno		
	Distretti Sanitari	Monitoraggio attività delle COT		Report monitoraggio	Report monitoraggio

Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale

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

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

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

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Assicurare sistematicamente il telemonitoraggio nella Nutrizione Artificiale Domiciliare	Servizio NAD Direttori di Distretto	Attivazione Telemonitoraggio domiciliare	Attivazione del servizio per almeno il 50 % dei pazienti a domicilio	Attivazione del servizio per almeno il 50 % dei pazienti a domicilio	Mantenimento del servizio ed implementazione
Estensione del sistema di teleconsulto, già operativo nella Nutrizione Artificiale Domiciliare, alle strutture residenziali	Servizio NAD Direttori di Distretto	n. di strutture per le quali il servizio dovrà essere attivato con piattaforma Sinfonia	Estensione ad almeno il 50% delle Strutture	Estensione al 100% delle Strutture	Mantenimento del sistema di teleconsulto

Attivazione della televisita specialistica presso tutti gli ambulatori	Direttori di Distretto PP.OO. UOC SII	Attivazione della Piattaforma Sinfonia di telemedicina			
		Creazione delle agende di prenotazione attraverso il CUP regionale, in relazione all'operatività del livello regionale			
Integrazione tra i Servizi di Tutela della Salute in Carcere e il Dipartimento di Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale UOSD Tutela Salute in Carcere UOC SII	Implementazione e mantenimento teleconsulto su Piattaforma Sinfonia	Nel 100% degli Istituti Penitenziari	Nel 100% degli Istituti Penitenziari	Mantenimento del sistema negli Istituti Penitenziari

Realizzazione nuove sedi distrettuali

La necessità di realizzare una nuova struttura destinata ad ospitare nuove sedi distrettuali, in particolare per il Distretto di Atripalda ed il Distretto di Baiano, mira a fornire alla cittadinanza un nuovo ed unico presidio impegnato ed organizzato per la presa in carico della domanda di salute e cura, e, quindi, per garantire migliori livelli di assistenza socio-sanitaria, nell'ottica inoltre del contenimento dei costi, realizzando la cessazione di rapporti di locazione in essere.

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Nuovo Distretto di Atripalda	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC SII Dipartimento di Prevenzione	Realizzazione lavori di ristrutturazione/a deguamento	Avvio esecuzione dei lavori	Completamento dell'opera	Fornitura arredi e tecnologie
Nuovo Distretto di Baiano	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC SII Dipartimento di Prevenzione	Realizzazione lavori di ristrutturazione/a deguamento	Avvio esecuzione dei lavori	Completamento dell'opera	Fornitura arredi e tecnologie

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

OBIETTIVI OPERATIVI

- Attivazione Nuove Unità Operative/Servizi
- Integrazione funzionale con le altre strutture presenti sul territorio

Attivazione Nuove UU.OO. /Servizi

Nel prossimo triennio proseguirà il percorso basato sulla focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, attraverso l'adozione di modalità organizzative di offerta dei servizi ospedalieri coerenti con il Piano Ospedaliero Regionale e con l'evolversi della domanda e del bisogno, al fine di garantire una più efficace e concreta tutela della salute pubblica.

La programmazione aziendale prevede, con particolare riguardo, l'implementazione dell'Ospedale "S. Ottone Frangipane" di Ariano I., con attivazione di nuove unità operative e conseguente sviluppo della sua capacità produttiva, come meglio descritto nel nuovo Atto Aziendale in fase di approvazione.

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

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Realizzazione Servizio di Cardiologia Interventistica	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC GRU Dipartimento di Prevenzione UOC SII PO di Ariano I. UOSD PPA	Attivazione Servizio di Cardiologia Interventistica	Attivazione entro il 2023	Implementazione	Mantenimento ed implementazione
Rendere operativa la procedura informatica per le dimissioni protette	PP.OO. Distretti Sanitari UOC Cure Domiciliari UOC SII	Definizione ed attuazione piano organizzativo-avvio attività	Implementazione e della procedura domiciliare e con le strutture residenziali	Implementazione e della procedura con l'AORN Moscati	Monitoraggio e miglioramento
miglioramento dell'accessibilità e della disponibilità delle informazioni	UU.OO. Presidi Ospedalieri	Cartella Clinica Informatizzata	Implementazione in tutte le UU.OO	Utilizzo sistematico della Cartella Clinica in tutte le UU.OO.	Monitoraggio e miglioramento

Integrazione funzionale con le altre strutture presenti sul territorio

I tre livelli di assistenza primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa.

In linea con il Piano Regionale l'Azienda stabilisce l'implementazione prioritaria dei PDTA relativi alle condizioni croniche di patologia quale Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco, Nefropatie, SLA, Demenze, cogliendo l'opportunità del modello di ri-orientamento dell'assistenza territoriale introdotto dal PNRR: il presupposto fondamentale è che la Casa di Comunità e la Centrale Operativa Territoriale possano creare l'ambito organizzativo ideale per la completa attuazione dei percorsi e per il più funzionale raccordo con le strutture ospedaliere.

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

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

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

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Garantire l'applicazione dei PDTA regionali	UU.OO. Ospedaliere Distretti Sanitari	Applicazione dei PDTA regionali	Almeno il 40% dei PDTA	Almeno il 70% dei PDTA	Il 100% dei PDTA
Implementazione PDTA Oncologici	UU.OO. Ospedaliere UOSD Oncologia Po di Ariano I.	Partecipazione ai GOM attivati in team con le strutture ospedaliere	Partecipazione al 100% dei GOM in programma	Mantenimento ed implementazione del sistema	Mantenimento ed implementazione del sistema
Ampliamento dell'offerta di Prestazioni di Specialistica ambulatoriale PACC	UU.OO. ospedaliere	Implementazione e PACC operativi in ambito ospedaliero/ tot attivabili	Almeno il 30% dei PACC attivabili	70% dei PACC attivabili	100% dei PACC attivabili
	Distretti Sanitari	Implementazione e PACC attivi in ambito territoriale	Almeno il 30% dei PACC attivabili	70% dei PACC attivabili	100% dei PACC attivabili

2.2.4 Linea strategica n. 3 – Introduzione servizi digitalizzati, sicurezza dei dati ed innovazione strategica del sistema

- Completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE)
- Miglioramento dell'accoglienza del cittadino
- Ampliamento sistemi di sicurezza dei dati
- Innovazione strategica del sistema

Lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi è sostenuto anche da soluzioni tecnologiche interoperabili al fine di abilitare la condivisione delle informazioni cliniche dei pazienti tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. In questa visione il cittadino è al centro del suo percorso che non si limita alla cura, ma include la prevenzione, l'accesso ai servizi e il monitoraggio (della terapia, dello stile di vita, ecc.) a seguito delle prestazioni ricevute.

In questo senso, l'Azienda intende migliorare la progettazione e realizzazione di servizi digitali a supporto dei processi di accoglienza del cittadino/paziente (prenotazione, pagamento, refertazione,

scambio documentale) e dell'erogazione dei servizi di cura e assistenza come richiamato nelle precedenti linee strategiche, per rispondere all'esigenza di maggior flessibilità e adattabilità dei servizi in funzione dello specifico profilo del paziente.

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

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
a) Implementazione del FSE 2.0 come da programmazione regionale	UU.OO. UO Radiodiagnostica Ospedaliera PS ospedalieri	digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali referti di radiologia, referti di PS, lettere di dimissione	100% delle UU.OO/servizi	Implementazione e mantenimento del sistema	Implementazione e mantenimento del sistema
	UOC SII Distretti PP.OO.	digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali in specialistica ambulatoriale	Almeno il 80% delle strutture ambulatoriali	100% delle UU.OO/servizi	Implementazione e mantenimento del sistema
Ampliamento sicurezza dei Dati - CyberSecurity	UOC SII	Introduzione dei doppi livelli di identificazione per gli accessi alle reti di connettività dell'ASL	50% delle reti VPN	100% delle reti VPN	Implementazione e mantenimento
		Applicazione dei software di sicurezza sulle postazioni di lavoro informatiche attive sulla rete locale aziendale	50% delle postazioni	100% delle reti VPN	Implementazione e mantenimento

Implementazione delle Procedure del quality management aziendale	Tutte le UU.OO. ciascuna per quanto di competenza	Rilevazioni segmento controllo interno attraverso commissione	Il 50% delle determine valutate conformi ai regolamenti aziendali/indirizzi strategici	Il 70% delle determine valutate conformi ai regolamenti aziendali/indirizzi strategici	Il 100% delle determine valutate conformi ai regolamenti aziendali/indirizzi strategici
		Adempimenti procedure amministrativo contabili	Almeno il 70% delle procedure	Il 100% delle procedure	Mantenimento dello standard

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

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

nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale;

nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiata;

nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici;

nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, etc.

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

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

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione nell'ottica di genere	UU.OO. Ospedaliere	Predisposizione di protocolli orientati alla medicina di genere per alcune patologie	Attuazione protocolli	Implementazione protocolli	Implementazione protocolli

Qualificare la comunicazione operatore – utente nell’ottica delle pari opportunità	PP.OO. Distretti UU.OO. Centrali Dipartimento di Prevenzione Dipartimento di Salute Mentale	Attivazione di percorsi formativi specifici per area di applicazione (Continuità Assistenziale, Attività ambulatoriale, ecc.)	Realizzazione corso Comunicazione Target direttori/responsabili	Realizzazione corso Comunicazione Target personale comparto	Completamento percorso formativo per tutto il personale
--	---	---	---	---	---

2.3 Performance, Anticorruzione e Trasparenza

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

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

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	indicatore	2023	2024	2025
Attuare le misure per il contenimento del rischio corruttivo	UU.OO. previste dal Piano Anticorruzione	Procedure attivate in riferimento alle misure di prevenzione di cui all’Allegato 2 al PIAO	Almeno 80%	100%	100%
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall’Allegato 3 al PIAO	UU.OO. previste dal Piano Anticorruzione	Produzione e pubblicazione del dato come declinato dall’Allegato 3 al PIAO	100%	100%	100%
	UU.OO. previste dal Piano Anticorruzione	verifica completezza/ formato del dato ed osservanza dei termini di pubblicazione	SI	SI	SI

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

2.4 Il Sistema di Misurazione della performance aziendale

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

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

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

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

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

Obiettivi strategici a medio termine, che coprono l'arco di riferimento di tre anni

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

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

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

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

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

A ciascun intervallo numerico corrisponde un giudizio di valore differenziale rispetto ad uno medio definito sufficiente e al quale si attribuisce il punteggio convenzionale da 3 a 3.9 punti. Punteggi

superiori a questi sono indicativi di prestazioni spiccate e rilevanti, punteggi inferiori per prestazioni mediocri, modeste o inadeguate.

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

2.5 Rischi corruttivi e trasparenza

I soggetti coinvolti nelle misure di prevenzione della corruzione sono tutti i direttori delle strutture ad alto rischio (come da All. 2) ed i dipendenti afferenti alle loro strutture indicati e forniti di credenziali anche per l'inserimento e l'aggiornamento dei dati nella sezione trasparenza.

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

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

2.5.1 Obiettivi e azioni del piano

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

- il Comitato interministeriale che ha il compito di elaborare le linee guida;
- il Dipartimento della Funzione Pubblica che promuove le strategie di prevenzione e coordina la loro attuazione.

L'ANAC svolge funzione di raccordo con le altre autorità ed esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni nonché sul rispetto della normativa in materia di trasparenza

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

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

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

2.5.2 Il responsabile della prevenzione della corruzione

Come previsto dall'art.1 comma 8 della Legge, la Direzione Generale della ASL AV, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione adotta, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano triennale di prevenzione della corruzione. Il Responsabile cura la trasmissione del Piano, e lo stesso viene altresì pubblicato nella sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito internet della ASL Avellino.

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

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

Entro il 30 novembre di ogni anno i Dirigenti interessati inviano al Responsabile della prevenzione, una comunicazione sintetica sulle misure adottate. Sono da intendersi quali referenti del RPCT tutti i direttori delle UOC Centrali, i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e i Direttori Sanitari dei distretti. A tal proposito in applicazione del PNA ANAC 2022, si stabilisce che i citati referenti dovranno trimestralmente relazionare all' RPCT le attività di monitoraggio e di controllo effettuate nella propria struttura di appartenenza.

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

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

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

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

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

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

Nel Decreto si definisce "inconferibilità" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che: abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale anche

con sentenza non passata in giudicato; che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione; che siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

Si definisce, inoltre, "incompatibilità" l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che conferisce l'incarico.

Preso atto della delibera n. 58/2013 della CIVIT (Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche): "Parere sull'interpretazione e sull'applicazione della D. Lgs n. 39/2013 nel settore sanitario", le norme si applicano a tutti i Direttori di Distretto, i Direttori di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, ai Direttori di U.O.C., di U.O.S.D. e di U.O.S. ove vengano ravvisati da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, elementi di affinità con le UU.OO. sopra richiamate. Eventuali modifiche e/o integrazioni del presente Piano in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi sono rinviate ad eventuali modifiche e/o integrazioni del D. Lgs. 39/2013 così come stabilito in conferenza unificata tra Governo, Regioni ed Enti locali il 24.07.2013. In seguito all'adozione del presente Piano di prevenzione della corruzione, il Responsabile attraverso l'U.O. preposta richiederà a ogni Dirigente ed ogni dipendente incaricato, un'autodichiarazione di assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità.

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

La Legge, all'art. 1 comma 15, richiama la trasparenza dell'attività amministrativa come livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117 della Costituzione. Pertanto viene assicurata la pubblicazione, nei siti web delle Amministrazioni Pubbliche, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi secondo criteri di facile

accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

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

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

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

2.5.6 Codice di comportamento (Compiti dei Dirigenti e Dipendenti)

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

cura dell'interesse pubblico, nonché il divieto di favorire con la propria condotta, il conferimento di benefici personali in relazione alle funzioni espletate.

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

Come già ricordato nel capitolo dedicato agli obblighi sulla trasparenza, l'impianto complessivo del Piano di prevenzione della corruzione contempla la collaborazione e la sinergia tra i Dirigenti responsabili delle partiture aziendali definite a rischio di fenomeni corruttivi e il Responsabile del Piano di prevenzione. Più in particolare, la citata Circolare n. 1 specifica le competenze in materia di prevenzione della corruzione attribuite a tali Dirigenti: essi dovranno concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'area di responsabilità cui sono preposti; dovranno, inoltre, comunicare al Responsabile, con nota formale, entro e non oltre il 30 novembre di ogni anno, le prassi utilizzate nell'adempimento delle attività di competenza; ciò consentirà il monitoraggio e l'aggiornamento delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, formulando proposte volte a prevenire il rischio medesimo. La violazione di quanto contenuto nel piano triennale di prevenzione della corruzione, costituisce illecito disciplinare.

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

Ogni dipendente, al momento dell'assunzione in servizio, viene invitato a prendere visione sul portale aziendale del Codice di Comportamento adottato dall'Azienda ASL Avellino, Delibera n. 148 del 31 gennaio 2017.

L'ASL Avellino con Delibere n° 308 del 12/03/2019 "Approvazione nuovo Regolamento Procedimento Disciplinare dipendenti Area Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, Amministrativa, Tecnica e Professionale e n. 309 del 12/03/2019 "Approvazione nuovo Regolamento Procedimenti Disciplinari Area Comparto" ha definito le regole per gestire i Procedimenti Disciplinari.

2.5.7 Rotazione degli incarichi

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

Nel corso degli ultimi anni, visto il notevole numero di pensionamenti e la contestuale riorganizzazione aziendale, si è avuta una fisiologica rotazione degli incarichi a livello di Responsabili e di personale amministrativo dei vari uffici centrali.

2.5.8 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

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

Esiti dei procedimenti conclusi.

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

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

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

I Responsabili delle U.O.C. interessate da tali rapporti, sottoporranno ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni, ai fornitori e alle ditte appaltatrici, dichiarazione sottoscritta di assenza di conflitto di interesse, predisposta all'uso. In caso di conflitto di interesse, saranno attivate le procedure previste dalla normativa vigente in materia. Periodicamente sarà trasmesso al responsabile del Piano, un report sugli esiti di tale monitoraggio.

2.5.10 Aggiornamento e adeguamento del Piano

Essendo stato adeguato alle linee guida ANAC nel corso del 2022 ed alla luce dei notevoli cambiamenti intercorsi in ASL sia causa COVID che pensionamenti, si provvederà nel corso del 2023, ad implementare i processi eventualmente necessari nelle varie strutture e comunicati dai nuovi Dirigenti preposti.

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

2.5.11 Valutazione del rischio

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

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

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

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

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

I rischi vengono identificati:

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

L'attività di identificazione dei rischi è svolta dall'Azienda preferibilmente con il coinvolgimento dei

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

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

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

A) Area: acquisizione e progressione del personale

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

B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture

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

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

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

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

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

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

Per ciascun rischio catalogato l'Azienda stima il valore della probabilità e il valore dell'impatto. I criteri che è possibile utilizzare per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio del processo sono indicati nella Tabella Allegato 5 del P.N.A.: "La valutazione del livello di rischio".

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

L'impatto si misura in termini di:

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

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

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

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

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

2.5.12 Il trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione, che sono obbligatorie o ulteriori. Non ci sono possibilità di scelta circa le misure obbligatorie, che debbono essere attuate necessariamente nell'Azienda. Per queste, l'unica scelta possibile consiste nell'individuazione del termine entro il quale debbono essere implementate, qualora la legge lasci questa discrezionalità, qualificandolo pur sempre come perentorio nell'ambito del P.T.P.C.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal Responsabile della prevenzione della

corruzione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza e l'eventuale supporto del Nucleo Indipendente di Valutazione (nelle funzioni di l'O.I.V.), tenendo conto anche degli esiti del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009), e degli altri organismi di controllo interno.

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

Pertanto nel corso dell'anno 2023, saranno adottati atti specifici, che evidenzieranno le azioni per singola area o processo ritenuto a rischio, che diventeranno parte integrante del presente piano.

2.5.13 Le priorità di trattamento

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

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

2.5.14 Il monitoraggio e le azioni di risposta

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

2.5.15 Aree di rischio individuate dal R.T.P.C. dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino 2023/2025

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

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

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

Nel piano aziendale di prevenzione della corruzione è inoltre stabilito:

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

In applicazione dei principi dinanzi fissati, nel presente piano di prevenzione della corruzione si è

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

- area di attività della Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo);
- area di attività della Gestione Economica Finanziaria;
- area di attività Assistenza Giuridico Legali;
- area di attività degli Affari Generali;
- area di attività del Provveditorato;
- area di attività della Gestione delle Risorse Umane;
- area di attività Tecnico Patrimoniale;
- area di attività della Gestione dei Sistemi Informatici;
- area di attività del Controllo di Gestione;
- area di attività della Assistenza Distrettuale;
- area di attività dell'Assistenza Ospedaliera;
- area di attività del Dipartimento di Prevenzione;

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

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

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

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

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

Il presente P.T.P.C. dell'Azienda Sanitaria Locale recepisce le aree di rischio che l'esperienza internazionale e nazionale mostrano come ricorrenti (rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte) e che la L. n. 190/2012 individua espressamente come tali, vale a dire le aree che sono elencate nell'art. 1, comma 16, che si riferiscono ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D. Lgs. n. 50 del 2016 e s.m.i.;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.

I suddetti procedimenti corrispondono alle seguenti aree di rischio:

- processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinato dal D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

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

- A) **Area:** acquisizione e progressione del personale
- B) **Area:** affidamento di lavori, servizi e forniture
- C) **Area:** provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- D) **Area:** provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Queste aree di rischio sono singolarmente analizzate ed indicate nel presente P.T.P.C. ed adattate alla specifica realtà organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino. Le stesse – che costituiscono un contenuto minimale obbligatorio per legge – non esauriscono, tuttavia, la individuazione delle aree di rischio dell'Azienda. Il presente P.T.P.C. include, infatti, ulteriori aree di rischio, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto e che scaturiscono dal processo di valutazione del rischio.

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

Le macroaree interessate sono le seguenti:

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

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

La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta, nel presente Piano costituirà oggetto di aggiornamento e di implementazione – da completarsi entro dicembre 2023, in termini di maggiore specificità nella indicazione delle sottoaree, delle attività e dei processi a rischio, salvo emergenti motivate esigenze che richiedano che siano, con immediatezza, apportate tempestive modifiche al PIAO aziendale.

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

2.5.16 Formazione

Il piano di formazione programmato prevede:

A) per i Dirigenti delle strutture ad Alto rischio, un progetto formativo di 9 ore distinto in tre moduli divisi dedicati allo studio dell'impianto della normativa in generale, natura penale e di quella della natura amministrativa. Lo stesso sarà completato entro novembre 2023, inoltre sono previsti incontri bimestrali con tutti i referenti del RPCT per la valutazione dello stato di attuazione del Piano ed eventuale risoluzione di problematiche intercorse;

B) per i Dipendenti che maggiormente operano in strutture ad Alto e Medio rischio è previsto un modulo di formazione, anche alla luce della eventuale rotazione, da effettuarsi per tutti entro il 30 novembre 2023, previa comunicazione del personale da formare da parte dei direttori di UOC Responsabili.

2.5.17 La trasparenza

La Trasparenza, è un livello essenziale delle prestazioni erogate dalla ASL Avellino ed è intesa come accessibilità totale alle informazioni, concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dell'ASL Avellino.

La Sezione Trasparenza, definisce i modi e le misure volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

2.5.18 Elaborazione al programma

L'ASL Avellino, nell'adempiere compiutamente al dettame legislativo, ha voluto dare alla mole di lavoro richiesto, il valore aggiunto di strumento di confronto tra gli operatori; pertanto in seguito ad incontri con i Direttori di strutture direttamente coinvolti nella pubblicazione dei dati, come previsto dall'allegato 1 del D. Lgs. 33/2013, si è stabilito che tutti i dati richiesti vengano pubblicati dai Direttori delle U.O.C. interessate e da personale da loro indicato (vedi All. 3), a cui è stata fornita una Password di accesso al sito (PA 33) per la pubblicazione in autonomia.

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

2.5.19 L'integrità e la prevenzione della corruzione

In riferimento alla legalità ed alla cultura dell'integrità, la trasparenza risulta strumentale alla prevenzione della corruzione. È infatti il mezzo attraverso cui prevenire ed eventualmente svelare situazioni in cui possono annidarsi forme di illecito e di conflitto di interesse, per cui la Sezione Trasparenza è di fatto parte integrante del Piano della Prevenzione della Corruzione 2023 – 2025 e la rilevanza della pubblicazione di dati sul sito istituzionale, acquisisce notevole importanza proprio in riferimento alla prevenzione della corruzione.

2.5.20 Il responsabile della trasparenza

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

2.5.21 Sanzioni

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalle normative vigenti, come da comunicazione trasmessa ai Singoli Direttori/Responsabili di Struttura (vedi All.1), costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione. Sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e dal trattamento economico collegato alla performance individuale dei Responsabili e del Personale tutto.

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

2.5.22 Compiti OIV

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

2.5.23 Giornata trasparenza

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

Entro ottobre 2023, nell'ambito della Giornata della Trasparenza, sarà dato ampio risalto alle valutazioni nel frattempo effettuate dagli Stakeholder interni ed esterni all'azienda, al fine di aggiornare, migliorare e rendere sempre più efficiente ed utile il Piano.

2.5.24 Carta dei Servizi

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

2.5.25 Pubblicità e diritto alla conoscibilità

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

Tutti i dati resi disponibili sono pubblicati in formato tipo aperto ai sensi dell'art. 69 del codice dell'Amministrazione digitale, di cui al D. Lgs 07/03/05, n° 82 e successivi e sono riutilizzabili ai sensi del D. Lgs. 24/01/06, n° 36 e nel rispetto della normativa sulla Privacy senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare fonti e di rispettare l'integrità.

2.5.26 Accesso Civico

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

Il D. Lgs 25 maggio 2016 n. 97, pubblicato sulla G.U. n. 132 dell'8 giugno 2016 rubricato "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi

dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", assume rilevanza non solo perché modifica la disciplina del D. Lgs 33/13 in materia di trasparenza amministrativa, ma anche perché introduce una rivoluzionaria forma di accesso: il "Freedom of information act" (FOIA), il quale radica nel cittadino il diritto di accedere a qualunque atto o informazione detenuti da una P.A., a prescindere dalla dimostrazione di uno specifico interesse vantato (come invece richiesto nell'accesso tradizionale della legge 241/90) e a prescindere dalla sussistenza dell'obbligo della sua pubblicazione (come invece previsto nell'accesso civico disciplinato nell'art. 5 del D. Lgs. 33/2013). Il nuovo istituto giuridico (inserito, anche questo, nel medesimo articolo 5 del D. Lgs. 33/2013 e denominato "accesso civico") incontra alcuni limiti debitamente illustrati nell'art. 5-bis del riformulato D. Lgs. 33/13, rappresentati dalla tutela degli interessi pubblici e dalla tutela di una serie di interessi privati.

2.5.27 Whistleblowing

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

2.5.28 Limiti della trasparenza

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

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

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

Rimangono fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui all'art. 24, comma 1 e 6, della legge 7 agosto 1990, n° 332, di quelli previsti dalla normativa Europea materia di tutela del segreto statistico e di quelli che siano espressamente qualificati come riservati dalla normativa nazionale ed Europea in materia statistica, nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

2.5.29 Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati tempestivamente sul sito Istituzionale e pubblicati e mantenuti aggiornati.

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

2.5.30 Qualità delle informazioni

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

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

2.5.31 Struttura delle informazioni pubblicate

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

2.5.32 Tutela giurisdizionale

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

2.5.33 Norme di rinvio

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

2.5.34 Disposizioni Finali

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

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

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

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

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

Sezione 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

3.1 Struttura organizzativa

L'Organigramma sotto riportato illustra l'articolazione delle strutture, al fine di descrivere l'organizzazione dell'ASL Avellino, così come definita nell'atto aziendale adottato con delibera n.1154 del 13/09/2017 e approvato dalla Regione Campania con DCA n. 40 del 25/09/2017.

Si evidenzia che il nuovo Atto Aziendale è stato approvato con atto deliberativo aziendale n. 136 del 07 febbraio 2023 ed è in fase di approvazione da parte degli Organi Regionali.

3.1.2 Mission Aziendale

Promuove e tutela la salute dei cittadini dell'ambito territoriale di pertinenza; assicurando processi sanitari e socio sanitari che, con approccio integrato, rispettino i criteri di appropriatezza d'uso delle risorse ed i principi del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure, nel rispetto dei vincoli di bilancio".

Tra gli interventi fondamentali per promuovere e tutelare la salute dei cittadini, l'Azienda ritiene vi siano l'educazione sanitaria della popolazione residente, la prevenzione soprattutto primaria e secondaria, quindi la diagnosi precoce e l'assistenza domiciliare e territoriale, la partecipazione dei Presidi Ospedalieri alla rete dell'emergenza ed alle reti tempo dipendenti, mezzi indispensabili per contenere anche la spesa sanitaria. Per procedere in tal senso è necessario un approccio integrato tra tutti i soggetti che direttamente o indirettamente sono coinvolti nel bene salute.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

In questa fase è stato demandato:

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

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

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

Nel corso del 2021 si è chiusa per le pubbliche amministrazioni la fase del lavoro agile emergenziale. Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid 19.

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

L’Azienda in questa ultima fase ha favorito il rientro in presenza del personale, continuando ad accordare il lavoro in smart working solo a pochi dipendenti qualificati quali “soggetti fragili”, fino alla data di cessazione dello stato di emergenza. Hanno lavorato in nell’anno 2021 n. 44 dipendenti.

Nell’anno 2022 solo n.11 dipendenti ASL AV hanno svolto prestazioni lavorative, in modalità agile.

3.2.1 Programmazione di sviluppo del lavoro agile in azienda 2023 - 2025

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

La legge n. 197/2022 (legge di Bilancio 2023) all’art.1, comma 306, introduce importanti novità sulla disciplina dello smart working.

In particolare la norma, valevole per i dipendenti pubblici, proroga fino al 31 marzo 2023 il diritto di accesso al lavoro agile per i lavoratori “fragili”, intendendosi per tali coloro che sono affetti dalle patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità indicate dal D.M. Salute del 4 febbraio 2022. Per questi soggetti il datore di lavoro è tenuto ad assicurare lo svolgimento della prestazione *lavorativa in modalità agile anche attraverso l’attribuzione a diversa mansione ricompresa nella medesima categoria o area di inquadramento*, come definita dai contratti di lavoro applicati, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento.

La proroga indicata nella Legge di Bilancio, diversamente da quanto stabilito nell’ultima disciplina transitoria scaduta il 31 dicembre 2022, non si applica ai lavoratori portatori di handicap grave, ai sensi dell’art. 3 della legge 104/1992, o a coloro che versano in una condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento delle relative terapie salvavita.

Analogamente è scaduto lo scorso 31 dicembre 2022 anche il diritto al lavoro agile per genitori di figli minorenni “under14”.

Il D. Lgs 105/2022 all’art. 4 – comma 1 – ha però previsto che i datori di lavoro, pubblici, devono riconoscere una priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile ai lavoratori e alle lavoratrici che versano in una delle seguenti condizioni:

- disabile in situazione di gravità accertata ai sensi dell’art. 4 – comma 1 – della Legge 104/1992;
- genitore con figli fino a 12 anni di età o senza limiti di età nel caso di figli in condizioni di disabilità accertata ai sensi dell’art. 3 – comma 3 – della Legge 104/1992;
- caregivers di soggetti che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche e degenerative, non siano autosufficienti e in grado di prendersi cura di sé stessi.

In definitiva, quindi, a queste categorie di lavoratori viene riconosciuta, per espressa previsione di legge, una priorità e non un diritto individuale allo smart working.

Per i lavoratori “fragili”, così come individuati dalla Legge di Bilancio, continua inoltre ad applicarsi la modalità di smart working agevolata, cioè senza necessità di stipula dell’accordo individuale, necessario per tutti gli altri lavoratori.

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

E' necessario:

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

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

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

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

Azione n. 1

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

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

In merito all'aspetto informatico, si precisa che già durante l'emergenza da Covid - 19, per i servizi non raggiungibili via web, è stato consentito ai lavoratori agili l'accesso alla rete aziendale mediante VPN. È in corso l'implementare di un doppio livello di autenticazione per accedere alla rete aziendale, al fine di soddisfare le esigenze di sicurezza. A breve verrà attivata una piattaforma informatica in Cloud che potrà soddisfare esigenze di videocomunicazione/videoconferenza, produttività individuale e posta elettronica professionale. Tali servizi potranno essere utilizzati anche per il lavoro agile.

Azione n. 2

Una fase di sviluppo intermedio, prevede:

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

Azione n. 3

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

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

3.2.2 Conclusioni

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

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

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

3.3 CUG e Piano triennale di Azioni Positive (PAP)

Il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere lavorativo, contro le discriminazioni e le violenze sui luoghi del lavoro, identificato con l'acronimo CUG, istituito con Legge 4 novembre 2010 n. 183, ha lo scopo di assicurare, in ambito lavorativo, parità e pari opportunità di genere, nonché l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta ed indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'identità di genere, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione, promuovendo l'effettiva uguaglianza, la cultura della tutela dei diritti della persona, e l'organizzazione del lavoro della Pubblica Amministrazione, rendendola efficiente e priva di conflittualità, contribuendo così a creare un ambiente connotato da benessere lavorativo. Il CUG vigila che le PA siano luoghi di lavoro dove sono garantiti i diritti dei lavoratori e della persona, la formazione professionale, l'avanzamento professionale, e la sicurezza. Il Comitato Unico di Garanzia, pertanto ha compiti propositivi, consultivi e di verifica in materia di pari opportunità e di benessere organizzativo, al fine di contribuire all'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro pubblico, garantendo un ambiente lavorativo nel quale sia contrastata qualsiasi forma di discriminazione per i/le lavoratori/trici (art. 57, comma 3, del D. Lgs. 30 marzo 2021 n. 165). Un contesto lavorativo improntato al benessere dei lavoratori e delle lavoratrici rappresenta elemento imprescindibile per garantire il miglior apporto sia in termini di rendimento che di affezione al lavoro. È circostanza nota che un ambiente lavorativo ove si verificano episodi di discriminazione o mobbing si associa quasi inevitabilmente alla riduzione e al peggioramento delle prestazioni, con inevitabile ricaduta sulla qualità dei servizi che la PA eroga alla collettività.

Il PAP del triennio 2022-2024 tiene conto delle Linee Guida sulla "Parità di Genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni" già previste all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 30 marzo 2021 n. 165 ed adottate il 7 ottobre 2022 che si ispirano ai seguenti principi:

- consapevolezza: raccogliere, analizzare e interpretare i dati sul fenomeno della parità di genere nei ruoli apicali come primo strumento per un cambiamento;
- pragmatismo: individuare soluzioni, anche temporanee, che possano ingenerare un cambiamento concreto, come con la strategia delle azioni positive;
- flessibilità: articolare proposte e strumenti in modo funzionale alla grande varietà di professionalità e lavori presenti nelle PA;
- apprendimento: accogliere nuove esigenze e riordinare le proposte in considerazione di mutamenti rapidi senza mai scostarsi dalle priorità preposte.

Il Comitato Unico di Garanzia, definito dal legislatore quale “Organismo di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” esercita, quindi, compiti propositivi, consultivi e di verifica su temi riguardanti le politiche di conciliazione vita lavoro, il benessere lavorativo, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione, molestie sessuali, morali o psicologiche nei luoghi di lavoro, interventi e progetti atti a promuovere la parità di trattamento e di opportunità tra generi e di verifica su esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo, formazione del personale e sviluppo delle carriere, riorganizzazione dei servizi nell’ambito delle materie di propria competenza, progetti per servizi alla famiglia e alla persona a favore dei dipendenti, promozione della cultura antidiscriminatoria. Il CUG, oltre ad assumere, unificandole, tutte le funzioni che i contratti collettivi e le altre disposizioni attribuiscono ai comitati pari opportunità (CPO) e antimobbing, è investito di compiti molto più ampi rispetto ai precedenti comitati, in relazione a quanto previsto dalla normativa antidiscriminatoria e dalla normativa relativa alla salute e sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento all’aspetto del benessere di chi lavora.

La presente proposta di Piano di Azioni Positive 2022-2024, detto PAP (ai sensi dell’art. 48 del D. Lgs. 11 aprile 2006), è stata prodotta in condivisione con i componenti del Comitato Unico di Garanzia ed intende perseguire obiettivi di pari opportunità nell’ambito lavorativo ad ogni livello ed in ogni settore al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell’Amministrazione e nel personale stesso, la cultura ed il rispetto del principio di non discriminazione diretta e indiretta. È quindi finalizzato ad attuare diritti di tutela, dignità e parità verificando, analizzando e programmando il cd. “gender balance” tenendo conto delle esigenze delle donne e degli uomini, nonché politiche di conciliazione vita/lavoro ed azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo allontanando e rimuovendo qualsiasi situazione di discriminazione e/o violenza sessuale, morale o psicologica e/o di mobbing.

3.3.1 Quadro normativo di riferimento

La proposta di Piano triennale è redatta in ottemperanza all’obbligo delle pubbliche amministrazioni a predisporre il PAP secondo la seguente normativa:

- legge 10 aprile 1991, n. 125 “Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro”;
- direttiva del Consiglio dei Ministri 07/03/1997 “Azioni volte a promuovere l’attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire la libertà di scelta e qualità sociale a donne e uomini e nel rispetto della Costituzione Italiani agli artt. 3, 37, 51;
- D. Lgs. 23 maggio 2000, n. 196 “Disciplina dell’attività delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive”;
- D. Lgs. 151/2001 e smi “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’art. 51 della legge 8 marzo 2000, n. 53;
- D. Lgs. 165/2001 e smi “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche” che prevede tra l’altro l’obbligo e le sanzioni per amministrazioni inadempienti all’art. 6, c. 6, disponendo il blocco dell’assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette;
- D. Lgs. 215/2003 e smi “Attuazione della direttiva 2000/43 CE per la parità di trattamento tra le persone”;

- D. Lgs. 216/2003 e smi "Attuazione direttiva 2000/78 CE in tema di divieto di discriminazione al momento dell'assunzione e durante la vigenza del contratto (settore privato e pubblico)"
- art. 48 del D. Lgs. 198/2006 e smi "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della Legge 28 novembre 2005, n. 246;
- direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, con lo scopo di assicurare l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego, nel rispetto delle disposizioni per attuare il principio della parità per l'accesso al lavoro, le condizioni di lavoro, compresa la retribuzione adeguata e paritaria, la promozione, la formazione, i regimi professionali e la sicurezza;
- Direttiva Ministeriale Pari Opportunità nella P.A. del 23 maggio 2007 circa le "misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche";
- D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- D. Lgs. Del 3 agosto 2009, n.106 che ha disciplinato la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendo l'obbligo di includere nel documento di valutazione dei rischi, quello derivante da stress lavoro correlato, e di elaborare le indicazioni necessarie per l'identificazione e la valutazione;
- D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- L. 183/2010 e smi "Deleghe al Governo in materia di lavoro usuranti, di riorganizzazioni di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie del lavoro;
- Direttiva 4 marzo 2011 – Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e Ministero per le Pari Opportunità "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni";
- Il Piano delle Azioni Positive recepisce oltre alla normativa nazionale quanto adottato in Regione Campania con la Delibera della Giunta Regionale n. 234 del 24/04/2018 "Approvazione del piano triennale delle azioni positive 2018-2020";
- Direttiva n.2 del 2019 della presidenza del Consiglio dei Ministri "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Pubbliche Amministrazioni" in particolare nella parte in cui dispone che "in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della Performance".

Recentemente, la materia è stata interessata da una evoluzione normativa e di prassi con i seguenti provvedimenti:

- Legge 5 novembre 2021, n. 162 "Modifiche al codice di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo";
- D. Lgs. 30 giugno 2022 n. 105 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la direttiva 2010/18/UE del Consiglio";
- Messaggio INPS n. 3066 4 agosto 2022 "Prime indicazioni in materia di maternità, paternità e congedo parentale";
- Messaggio INPS n. 3096 del 5 agosto 2022 "Prime indicazioni in materia di permessi di cui all'articolo 33 della legge n. 104/1992 e di congedo straordinario di cui all'articolo 42, comma 5, del D.Lgs. n. 151/2001 con riferimento ai lavoratori dipendenti del settore privato";
- Ispettorato del Lavoro, nota 6 settembre 2022, n. 9550 recante indicazioni sulle novità introdotte dal D. Lgs. n. 105/2022 in riferimento all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza;

- Linee Guida del Dipartimento della Funzione pubblica del 7 ottobre 2022 sulla "Parità di Genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni";
- Circolare INPS n. 122 del 27 ottobre 2022 "Modifiche alle disposizioni in materia di congedo di paternità obbligatorio, congedo parentale e indennità di maternità delle lavoratrici autonome";
- CCNL Comparto Sanità 2019-2021 definitivamente sottoscritto il 5 novembre 2022.

3.3.2 Linee di azione ed obiettivi

Il presente PAP 2022-2024 individua, preliminarmente, gli obiettivi che si intendono perseguire e le azioni per conseguirli, scaturisce dall'attività propositiva del Comitato Unico di Garanzia, costituito con Delibera n. 318 del 21.3.2011, della Direzione Generale ASL AVELLINO, e regolamentato come da Delibera n.1642 del 22.12.2017 della Direzione Generale ASL AVELLINO. Il presente PAP dopo l'adozione con delibera della Direzione Strategica dell'ASL di Avellino, seguirà l'iter istituzionale previsto e sarà pubblicato sul sito. Gli obiettivi della programmazione sono congruenti alla funzione del Comitato ed alla Direttiva del 4 marzo 2011 e smi. del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità "Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"- individuando nel benessere del lavoratore il presupposto per una migliore qualità dei servizi che hanno ricadute positive sulla P.A di appartenenza in misura proporzionale al grado di soddisfazione del lavoratore e dell'utente che accede ai servizi. Nel corso del triennio 2022-2024 il Piano delle azioni positive si propone di perseguire le seguenti finalità:

- Promuovere le pari opportunità e non discriminazione sui luoghi di lavoro
- Promuovere la formazione e la cultura della parità di diritti
- Promuovere il benessere organizzativo e la sicurezza negli ambienti di lavoro

Le azioni del presente PAP per le pari opportunità mirano non solo al contrasto ed all'eliminazione di ogni forma di discriminazione diretta e indiretta relativa all'età, alla disabilità, all'orientamento sessuale e all'identità di genere, ma sono tese all'emersione di fenomeni di violenza ed alla rimozione di ostacoli che impediscono la realizzazione dell'effettiva uguaglianza e delle pari opportunità sui luoghi di lavoro. Nel nuovo PAP, considerate le trasformazioni sociali e normative in atto, si pone l'attenzione in modo particolare e prioritario alla tematica dell'invecchiamento della popolazione lavorativa e del benessere dei lavoratori anche come risultante dell'enorme sforzo di contrasto al COVID 19 che da qualche anno gli operatori dell'ASL stanno sostenendo. In particolare gli anni del Covid hanno determinato vari scenari nel mondo lavorativo configurando il ricorso allo smart working, astensione obbligatoria da contagio, e stress lavorativo degli operatori della sanità che sono rimasti in prima linea sospinti dall'istinto di salvaguardia della tutela della salute propria e dei propri cari ed il dovere morale di curare i malati. Inoltre nei prossimi anni si registrerà un forte aumento della percentuale di lavoratori e lavoratrici anziani/e. La conseguenza sarà un avvicendamento delle risorse umane nell'organizzazione a causa dell'invecchiamento della forza lavoro, con un ambiente operativo che tenderà al cambiamento per la continua trasformazione delle prassi organizzative. Con l'invecchiamento della popolazione lavorativa, occorre prevedere una riorganizzazione del lavoro che tenga conto della criticità e delle difficoltà di adattamento che questo comporta. Inoltre, l'inserimento di nuovo personale pone il tema del passaggio di informazioni intergenerazionali e della valorizzazione delle competenze. In un contesto lavorativo dove la popolazione lavorativa è prevalentemente più anziana possono manifestarsi più facilmente assenze per problemi di salute, e diventa necessario implementare la formazione per aggiornare le competenze, nonché la padronanza delle nuove tecnologie. L'inclusione delle due componenti deve essere resa possibile attraverso un processo di valorizzazione delle risorse prossime alla quiescenza e facilitazione dell'inserimento del nuovo personale sostenendone la formazione e l'apprendimento di prassi e procedure. I primi hanno capacità e competenze diverse rispetto alle nuove

generazioni, senza la loro valorizzazione, si rischia una perdita di capacità professionali, strutturali e di contatti, pertanto il trasferimento del loro know how alle giovani generazioni va sostenuto e agevolato. A tal fine, con la predisposizione del nuovo Piano, si è inteso elaborare una strategia di sensibilizzazione e conoscenza sulle tematiche di pari opportunità, di contrasto alle discriminazioni e di benessere dei luoghi di lavoro, in particolare con l'obiettivo di conoscere e combattere lo stress lavoro – correlato, così come dettato dall' Accordo europeo sullo stress del 2004.

Azioni

Promuovere la conoscenza del contesto lavorativo e della pianta organica in ottica di genere e di pari opportunità, con analisi dei fattori che condizionano o limitano le pari opportunità costituisce un insostituibile parametro di riferimento necessario per la successiva valutazione della qualità delle azioni messe in campo. E' necessario avere un report dello stato dell'arte dell'attuale situazione del personale dipendente dell'ente in ottica di genere e di pari opportunità, (M/F, beneficiari legge 104, disabilità etc), con focus sul motivo e causalità delle assenze in ottica di genere M/F, retribuzione e posizione organizzativa, in ottica di genere e pari opportunità (qualifica ed anzianità, incarichi e progetti M/F, ore di lavoro straordinari M/F e altri istituti contrattuali, progressione di carriera negli ultimi anni F/M), stato di fatto sulla condizione lavorativa delle donne dipendenti (direzioni e contesti di alta responsabilità, diversi settori es.: lavoro notturno, emergenza etc).

- **Monitoraggio della composizione commissione concorsi con la presenza di almeno un terzo dei componenti di genere femminile, dell'inserimento e del benessere di personale diversamente abile.**
SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU.
- **Sviluppo di strategie contro le molestie e le discriminazioni, a tutela dei diritti della persona e delle pari opportunità delle lavoratrici e dei lavoratori.**

La complessa articolazione di un'azienda sanitaria, diversificata sia per l'ubicazione sul territorio che per i servizi che eroga, configura un quadro eterogeneo sia degli ambienti lavorativi che delle professionalità ed individualità che vi lavorano. Tale eterogeneità di ruoli e di responsabilità possono determinare problematiche relazionali e fenomeni discriminatori che contaminano il benessere lavorativo con ricadute sia sulla qualità dei servizi erogati che sulla stessa vita delle persone. Al fine di sviluppare strategie contro le molestie e le discriminazioni è utile eseguire un'indagine conoscitiva del contesto lavorativo svolta a campione attraverso un questionario anonimo, utile a testare il grado di adattamento del/della lavoratore/lavoratrice, a rilevare la presenza di eventuali comportamenti lesivi della dignità della persona in ambito lavorativo e far emergere fenomeni di molestie e discriminazione.

Un percorso formativo teso all' informazione e divulgazione dei diritti della persona in ambito lavorativo, ed alla conoscenza del fenomeno della violenza di genere, in tutte le sue forme di estrinsecazione (verbale, fisica, sessuale, psicologica economica etc), costituisce una strategia di contrasto alla violenza non solo sui luoghi di lavoro, ma anche nella collettività. Allo stesso modo è necessaria una formazione sulla medicina di genere rivolta agli operatori sanitari per l'istituzione di percorsi di diagnosi e cura verso le persone LGBTQIA+, e sulla corretta comunicazione orientata all'attenzione non discriminante dei contenuti comunicativi.

E' utile l'istituzione di luoghi di ascolto, nel rispetto della privacy e garanti della tutela, gestiti da figure esperte della tematica e Istituzione di Tavoli Tecnici Interistituzionali per valutazione della qualità delle misure adottate.

Redazione di opuscoli informativi e cartellonistica descrittiva,

SOGGETTI COINVOLTI PP.OO.: Direzione Strategica, CUG UOC Formazione, UOC GRU, UOC Cure Primarie Distretti Sanitari/Consultori, Addetti alla Comunicazione, UOC SII.

Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro

- **La promozione della conciliazione tra i tempi di vita e tempi di lavoro**

richiede lo sviluppo di azioni idonee a implementare modalità di lavoro flessibili e servizi alla famiglia e alle persone. La questione è particolarmente sentita nel contesto socio economico e aziendale di riferimento. Infatti, il turnover programmato da qualche anno e in corso di attuazione, ha permesso l'assunzione di molti giovani che hanno problematiche di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro per maternità/paternità. Inoltre, il progressivo invecchiamento della popolazione, come rilevano i dati statistici, comporta l'aumento in percentuale di patologie spesso invalidanti e/o che richiedono terapie particolarmente invasive, e che impongono alle lavoratrici e ai lavoratori di ricorrere sempre più frequentemente agli istituti normativi e contrattuali (permessi, aspettativa, ecc.) per poter assistere familiari e congiunti nel percorso di terapie e cure. Le azioni da intraprendere consistono:

- nel supportare in coerenza con la normativa e con le recenti disposizioni contrattuali in materia, la scelta e la gestione delle modalità di lavoro in termini di flessibilità oraria, telelavoro, smart working, part-time, banca delle ore, ecc.;
- nell'individuare percorsi di reinserimento del/della dipendente al rientro da congedi prolungati e/o malattie attraverso recupero formativo,
- nell'elaborare proposte in sinergia con Istituzioni ed Enti Locali di allocare, laddove gli spazi lo consentono, e nei plessi a maggior densità di madri/padri lavoratrici/lavoratori, asili nidi aziendali per piccoli nella fascia di età 6-36 mesi,
- percorsi formativi e divulgazione di materiale informativo sulle leggi vigenti a sostegno della conciliazione vita e lavoro, in ottica di genere, e sugli strumenti legislativi a sostegno della genitorialità e della famiglia.

SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, UOC Cure Primarie.

- **Sicurezza sul lavoro e benessere lavorativo**

Al fine di garantire luoghi lavorativi sicuri e clima di benessere lavorativo, si elencano le seguenti azioni da mettere in atto:

- Promuovere la formazione alla prevenzione del rischio, finalizzate all'acquisizione di skills ed alla conoscenza di procedure per far fronte ad emergenze improvvise e favorire l'acquisizione di condotte comportamentali corrette;
- Valutare la percezione dello stress lavoro correlato in ottica di genere, attraverso questionari anonimi appositamente predisposti;
- Promuovere il benessere lavorativo attraverso la valorizzazione delle professionalità, l'organizzazione che rafforza la motivazione
- Promuovere e facilitare la comunicazione e la comprensione interna aziendale fra le Direzioni e gli operatori.
- Formare il personale sulle manovre di primo soccorso e sull'uso dei DEA
- Organizzare incontri interistituzionali con figure preposte alla sicurezza sul lavoro, diffondendo anche opuscoli informativi.
- Promuovere la lotta contro il fumo e la conoscenza di disturbi alimentari.
- Promuovere il benessere lavorativo attraverso la gestione della conflittualità dovuta alla percezione di non equa distribuzione dei carichi di lavoro;

SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, UOC Assistenza Giuridico Legale, UOC Medicina Legale, UOC Formazione, Medico Competente, Addetti alla Comunicazione.

- **Promozione del CUG**

La promozione dell'attività del Comitato Unico di Garanzia, del ruolo e delle funzioni impone l'adozione di un piano di comunicazione efficace che garantisce un rapporto di prossimità con tutti gli operatori aziendali attraverso le seguenti azioni:

- pagina dedicata sul sito internet aziendale, facilmente accessibile e consultabile che riporta l'attività del Comitato Unico di Garanzia e consente contatti online;
- pubblicizzazione degli eventi promossi dal Comitato Unico di Garanzia attraverso il sito web aziendale e intranet aziendale;
- pubblicazione di riferimenti normativi e di misure a sostegno dei lavoratori/trici,
- creare link con altri organi Istituzionali e condivisione di best practice
- realizzare attività di benchmarking attraverso la collaborazione con la rete dei CUG aziendali Regionale ed iscrizione al Forum della PA, per avviare un flusso informativo con la rete Nazionale.

SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, Addetti alla Comunicazione e del sito web, RSPP e Medico Competente.

Durata del Piano

Il presente Piano ha durata triennale a partire dalla data di esecutività della Delibera che lo approva e verrà pubblicato sul sito dell'Ente nell'apposita sezione relativa alle attività del CUG.

3.4 Piano triennale del Fabbisogno del personale

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

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

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

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

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

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

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

Di seguito si riporta lo schema del Piano triennale del fabbisogno anni 2021-2023 tutt'ora vigente.

ASL AVELLINO

Piano Triennale Fabbisogno del Personale 2021 - 2023					
RUOLO	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2020	FABBISOGNO TETTO DI SPESA	2021	2022	2023
RUOLO SANITARIO	983	336	73	221	36
Dirigenti Medici	401	117	24	84	9
Dirigenti Sanitari	24	29	5	10	5
Personale del comparto area sanitaria	566	190	44	127	22
RUOLO TECNICO	193	128	15	88	28
Dirigenti	13	1		1	
Personale del comparto area tecnica	180	124	15	84	25
RUOLO PROFESSIONALE	10	1		1	
Dirigenti	9	1		1	
Personale del comparto area professionale	1				
RUOLO AMMINISTRATIVO	247	75	33	39	3
Dirigenti	11	7	1	3	3
Personale del comparto area amministrativa	236	68	32	36	
TOTALE	1443	631	121	348	64

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



3.4.1 Formazione del Personale: Il Piano Annuale della Formazione 2023

L'Asl Avellino intende realizzare nel prossimo triennio, sulla base delle linee strategiche indicate nella specifica sezione, richiede percorsi formativi progettati per migliorare e riqualificare le competenze interne all'Azienda.

Per realizzare quanto previsto rispetto ai contenuti progettuali da contestualizzare e a modelli organizzativi innovativi descritti in precedenza riguardanti i Distretti, Case di Comunità "hub & spoke", Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, da coordinare con PUA e CUP, e la costruzione di reti integrate sanitarie e sociali per filiere assistenziali per patologie prevalenti, diventa prioritario e necessario valorizzare al massimo le competenze interne con programmi mirati di formazione.

Ciò premesso, in attesa delle eventuali indicazioni circa i contenuti tecnici riferiti proprio all'attuazione del PNRR, il Piano Formazione (*Allegato 4*) da attuare nell'anno in corso, si fonda sulle seguenti aree di intervento:

- Area della Sicurezza Sul Lavoro
- Area Clinica ed organizzativa
- Area Qualità delle Cure e del Rischio Clinico
- Area della Prevenzione
- Area Aggiornamento TPA

- **Area della Comunicazione**

Le attività formative saranno espletate soprattutto con le metodologie di Formazione residenziale e Formazione sul Campo.

Sezione 4 - MONITORAGGIO

Come suggerito dal Consiglio di Stato, Sezione normativa per gli atti normativi, nel parere n. 506/2022 espresso sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'art. 6, comma 5, del decreto - legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113", l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un'attività di verifica dell'idoneità del PIAO di attuare veramente una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, arrivando progressivamente a eliminare tutto ciò che non è strettamente indispensabile e utile verso l'esterno, cioè per rendere migliore il servizio per i cittadini.

ALLEGATI

- Allegato 1 Cronoprogramma delle competenze
- Allegato 2 Mappatura delle strutture a rischio di corruzione
- Allegato 3 Obblighi di pubblicazione
- Allegato 4 Piano Formazione anno 2023