



**Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi  
d'Aragona - Scuola Medica Salernitana**

**PIAO 2023-2025**

***SCHEDA NANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE***

## PREFAZIONE

Il *Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione* (PIAO) è un documento unico di programmazione e governance triennale volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi. È stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 209, del 7 settembre, il decreto del Dipartimento Funzione pubblica del 30 giugno 2022, n. 132.

Introdotta all'articolo 6, del decreto legge n. 80/2021, il cosiddetto "Decreto Reclutamento", il PIAO è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di Piani che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre. Tra questi, i piani della performance, del lavoro agile (POLA) e dell'anticorruzione. L'obiettivo è la semplificazione dell'attività amministrativa e una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.

Il PIAO integrato di attività e organizzazione contiene la scheda anagrafica dell'amministrazione pubblica ed è suddiviso in sezioni. Le sezioni sono a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali.

Ciascuna sezione del PIAO integrato di attività e organizzazione deve avere contenuto sintetico e descrittivo delle relative azioni programmate, secondo quanto stabilito dal decreto in commento, per il periodo di applicazione del PIAO stesso, con particolare riferimento, ove ve ne sia necessità, alla fissazione di obiettivi temporali intermedi.

Questo PIAO rappresenta il momento in cui l'AOU di Salerno comunica ai cittadini, agli operatori e agli stakeholders quali sono gli obiettivi programmabili dell'azione amministrativa nel triennio 2023-2025 e come s'intende conseguirli. Il PIAO è l'occasione per evidenziare a tutte le parti dell'Azienda, ma anche ai cittadini, che il documento non può racchiudere tutte le attività che poi saranno svolte nel corso del triennio in oggetto.

In questo documento è rappresentato l'elenco delle strutture di ricovero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Salerno (AOU) e dei relativi presidi ad essa associati, attivi al triennio di riferimento.

Le informazioni contenute sono elaborate in riferimento ai dati che l'AOU trasmette alla Regione e successivamente al Ministero della salute, attraverso i modelli di rilevazione HSP11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP11bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero", ai sensi del decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006.

Essendo l'AOU articolata su più presidi sono riportate le principali informazioni relative alla struttura (modello HSP11) e quelle relative ai singoli presidi che compongono l'azienda.

## 1. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana" è costituita con il Decreto del Commissario *ad Acta* n. 9/2017 che approva il Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli studi di Salerno che recepisce l'attuale configurazione aziendale così composta: P.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, P.O. A. Fucito di Mercato San Severino, P.O. G. da Procida di Salerno, P.O. S. Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni e P.O. Castiglione di Ravello.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, integrata con il Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle d'alta specializzazione di rilievo nazionale. Svolge l'attività di assistenza ospedaliera e didattico-scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione in modo unitario e inscindibile delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, e in particolare del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute;
- elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

L'identità dell'Azienda è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università degli studi di Salerno e la Regione Campania. L'agire dell'Azienda è caratterizzato dai seguenti elementi:

- Attività di ricerca, didattica e assistenza che le consentono di collocarsi come polo di offerta nazionale ad alta specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità. Allo scopo possono essere attivati, nell'ambito di quanto disciplinato dall'art. 19 del Protocollo d'Intesa, i Centri di Riferimento Regionale che rappresentano strutture di offerta ad altissima specialità e fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale;
- Necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti di medicina, degli specializzandi, dei frequentanti i corsi di laurea delle professioni sanitarie;
- Necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni assistenziali della popolazione. Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare l'utenza rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda.

L'Azienda, in coerenza con il contesto di riferimento, individua la sua visione ispirandosi ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:

- *Centralità della persona*: l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, degli studenti e dei professionisti che operano al suo interno. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno di salute, ma accoglierlo considerando l'interesse dei suoi bisogni (emotivi, socioculturali, psicologici ecc.). Pertanto, ci si prefigge la promozione della partecipazione attiva del

cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. L'Azienda garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella Legge n. 241/1990 e s.m.i..

- *La centralità dei professionisti:* rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda prefiggendosi di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. L'Azienda s'impegna a garantire pari opportunità tra i sessi per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e mainstreaming, anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale e umano degli studenti.
- *Governo Clinico:* è il sistema attraverso il quale l'AOU si rende responsabile del miglioramento continuo dei servizi offerti e garantisce elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano l'integrazione tra ricerca, didattica e assistenza.
- *Sviluppo economicamente sostenibile:* l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi. L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie e attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda saranno realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare le condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

L'Azienda, in base al Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera è DEA di II livello della Macro-Area di Salerno di cui al DCA 103/2018 (Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018).

l'A.O.U. Ruggi d'Aragona è DEA di II° livello (con annessi stabilimenti di Ravello, Da Procida, Mercato S. Severino e Cava dei Tirreni) al servizio dell'intera provincia. Funge da hub nella rete Ictus, hub nella rete cardiologica, nonché centrale operativa CTS in quella traumatologica, spoke II nella rete emergenze pediatriche, spoke II livello per la terapia del dolore, hub rete per le emergenze digestive.

Inoltre è:

- Centro Regionale per le Emergenze Neuropsichiatriche Infantili;
- Parte della rete dell'alta specialità riabilitativa;
- È dotata del Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura;
- È Punto nascita e assistenza neonatale;
- Inoltre è sede di riferimento provinciale per la Sanità Penitenziaria.

## 2. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'A.O.U. DI SALERNO

INTESTAZIONE	DESCRIZIONE
<b>Codice Regionale</b>	150
<b>Codice Azienda</b>	904
<b>Denominazione Azienda</b>	Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana"
<b>Partita IVA</b>	03020860650
<b>Codice Fiscale</b>	95044230654
<b>Indirizzo</b>	Via San Leonardo – Largo Ippocrate 84131
<b>Comune</b>	Salerno
<b>Centralino</b>	089-671111
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.sangiovannieruggi.it">www.sangiovannieruggi.it</a>
<b>Posta elettronica certificata</b>	<a href="mailto:info@pec.sangiovannieruggi.it">info@pec.sangiovannieruggi.it</a>
<b>Codice tipo struttura</b>	2.2 Azienda Ospedaliera integrata con l'Università
<b>Sub codici di struttura</b>	PO 01: 15090401 PO 02: 15090402 PO 03: 15090403 PO 04: 15090404 PO 05: 15090405
<b>Descrizione dei sub codici di struttura</b>	PO 01: plesso Ruggi di Salerno PO 02: plesso Ospedale Amico A. Fucito di Mercato San Severino (SA) PO 03: plesso G. Da Procida di Salerno PO 04: plesso Santa Maria Incoronata di Cava de' Tirreni (SA) PO 05: plesso Italia Giordano Costa d'Amalfi Ravello (SA)
<b>Indirizzi dei sub codici di struttura</b>	PO 01: Via San Leonardo – 84131 - Salerno PO 02: Corso Umberto I – 84085 - Mercato San Severino (SA) PO 03: Via Salvatore Calenda, 162 – 84126 - Salerno PO 04: Via de Marinis – 84013 - Cava de' Tirreni (SA) PO 05: Via Civita, 70 – 84100 - Ravello (SA)

L'AOU di Salerno garantisce la salute dei cittadini attraverso un'assistenza sempre disponibile ventiquattro ore al giorno. L'espansione sul territorio della provincia di Salerno, con i cinque presidi ospedalieri, fa della nostra Azienda un punto di riferimento in grado di garantire e integrare qualsiasi processo sanitario per il proprio bacino di utenza e per tutta Regione Campania nel rispetto della programmazione dell'assistenza ospedaliera definita dal DM 70/2015.

## 2.1 Il contesto demografico di riferimento

Campania	Popolazione	n. Comuni
Provincia di Avellino	401.451	118
Provincia di Benevento	265.055	78
Provincia di Caserta	905.045	104
Provincia di Napoli	2.988.376	92
<b>Provincia di Salerno</b>	<b>1.064.493</b>	<b>158</b>
Salerno sede della AOU	129.206 (2.158,77 abitanti/Km2)	
<b>Totale</b>	<b>5.624.420</b>	<b>550</b>

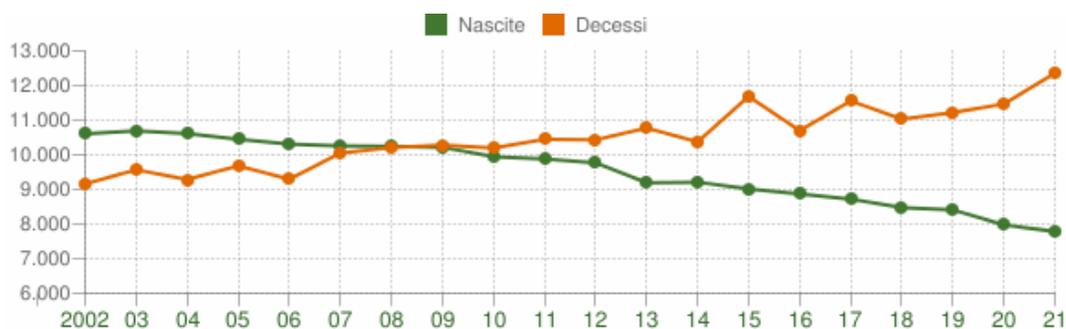
(fonte: "tuttitalia.it" aggiornato al 31-12-2021.)



Andamento della popolazione residente

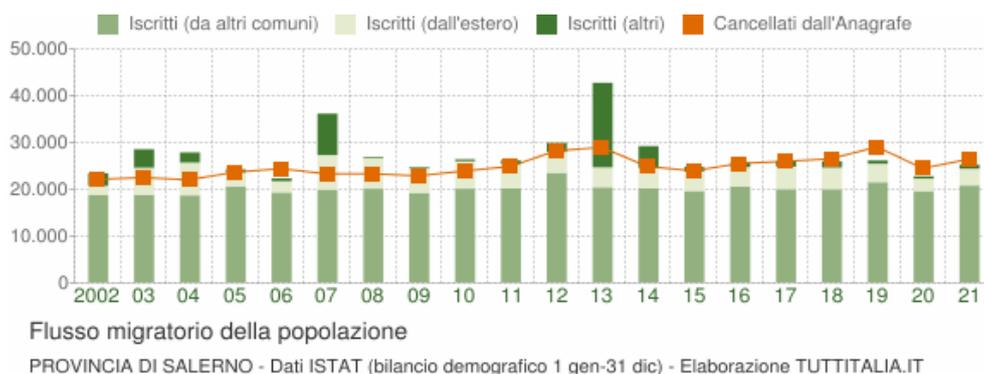
PROVINCIA DI SALERNO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento



Movimento naturale della popolazione

PROVINCIA DI SALERNO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT



La popolazione che risiede nel territorio di pertinenza dell’AOU di Salerno con le sue caratteristiche demografiche ed epidemiologiche ed i suoi comportamenti costituisce il fulcro fondamentale su cui ruotano la domanda e l’offerta di salute. Infatti, la diversità delle patologie che interessano le varie fasce di età della popolazione, implica la necessità di adattare l’offerta sanitaria alla domanda di assistenza che ne deriva.

Nel presente documento sono indicati i dati demografici relativi alla struttura per età e sesso della popolazione, con riferimento a tutta la popolazione anziana (65 anni ed oltre) che è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed alla presenza di stranieri che, negli ultimi anni, è notevolmente aumentata.

### Distribuzione della popolazione 2022 - Provincia di Salerno

Età	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati /e	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	41.597	0	0	0	21.542 51,8%	20.055 48,2%	41.597	3,9%
5-9	46.243	0	0	0	23.827 51,5%	22.416 48,5%	46.243	4,3%
10-14	50.918	0	0	0	26.132 51,3%	24.786 48,7%	50.918	4,8%
15-19	54.504	16	0	0	27.993 51,3%	26.527 48,7%	54.520	5,1%
20-24	56.727	778	2	1	30.248 52,6%	27.260 47,4%	57.508	5,4%
25-29	53.472	6.228	6	65	30.627 51,2%	29.144 48,8%	59.771	5,6%
30-34	41.060	22.242	49	283	32.092 50,4%	31.542 49,6%	63.634	6,0%

35-39	27.248	37.468	160	711	33.277 50,7%	32.310 49,3%	65.587	6,2%
40-44	20.135	47.950	338	1.463	35.302 50,5%	34.584 49,5%	69.886	6,6%
45-49	17.063	58.902	823	2.376	39.123 49,4%	40.041 50,6%	79.164	7,4%
50-54	13.296	64.961	1.616	2.952	40.473 48,9%	42.352 51,1%	82.825	7,8%
55-59	10.406	67.254	3.074	3.139	40.595 48,4%	43.278 51,6%	83.873	7,9%
60-64	7.126	60.665	4.955	2.559	36.627 48,6%	38.678 51,4%	75.305	7,1%
65-69	4.697	50.266	7.131	1.818	30.871 48,3%	33.041 51,7%	63.912	6,0%
70-74	3.486	42.909	10.482	1.298	27.596 47,4%	30.579 52,6%	58.175	5,5%
75-79	2.159	26.778	11.396	690	18.761 45,7%	22.262 54,3%	41.023	3,9%
80-84	1.714	18.311	14.528	383	14.661 42,0%	20.275 58,0%	34.936	3,3%
85-89	1.181	8.498	12.872	186	8.483 37,3%	14.254 62,7%	22.737	2,1%
90-94	565	2.464	7.087	58	3.225 31,7%	6.949 68,3%	10.174	1,0%
95-99	180	302	1.885	17	585 24,5%	1.799 75,5%	2.384	0,2%
100+	33	30	256	2	59 18,4%	262 81,6%	321	0,0%
<b>Totale</b>	<b>453.810</b>	<b>516.022</b>	<b>76.660</b>	<b>18.001</b>	<b>522.099</b> <b>49,0%</b>	<b>542.394</b> <b>51,0%</b>	<b>1.064.493</b>	<b>100,0%</b>

## 2.2 I Posti Letto Aziendali

Con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" Le regioni hanno dovuto adottare provvedimenti di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA).

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita.

Dovendo la rete assistenziale ospedaliera essere formalmente definita e resa nota ai cittadini, la tabella che segue rappresenta la gestione dei posti letto dell'AOU secondo il principio della massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza.

POSTI LETTO AOU Salerno al 31/12/2022			2022			2021		
Codice disciplina	Sede	Descrizione U.O.	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery
1	Fucito	Allergologia	0	2	0	0	2	0
5	Fucito	Angiologia	0	2	0	0	2	0
7	Ruggi	Cardiochirurgia	15	0	0	15	0	0
7	Ruggi	Cardiochirurgia	15	0	0	15	0	0
8	Ruggi	Cardiologia	20	0	0	20	1	0
8	Ruggi	Clinica Cardiologica	19	0	0	19	0	0
8	Fucito	Cardiologia	7	1	0	7	1	0
8	Cava	Cardiologia	8	2	0	6	2	0
9	Ruggi	Chirurgia Generale	7	1	1	12	0	2
9	Ruggi	Chirurgia d'Urgenza	20	0	0	20	0	0
9	Ruggi	Chirurgia Generale Day Surgery	0	1	3	0	0	0
9	Ruggi	Centro trapianti	7	2	0	7	2	0
9	Ruggi	Brest Unit	3	1	1	3	1	1
9	Fucito	Chirurgia Generale	19	1	2	14	1	2
9	Cava	Chirurgia Generale	11	1	1	12	1	1
10	Ruggi	Chirurgia Maxillo facciale	1	1	0	1	1	0
11	Ruggi	Chirurgia Pediatrica	6	1	3	8	1	3

12	Ruggi	Chirurgia Plastica Ricostruttiva	2	0	0	2	0	0
13	Ruggi	Chirurgia Toracica	0	0	0	0	0	0
14	Ruggi	Chirurgia Vascolare	14	1	1	9	0	0
18	Ruggi	Medicina Trasfusionale	0	4	0	0	4	0
18	Ruggi	Ematologia	10	5	0	10	6	0
19	Ruggi	Endocrinologia	0	2	0	0	2	0
24	Ruggi	Malattie Infettive	0	2	0	0	8	0
24	Ruggi	Malattie Infettive COVID -19	14	0	0	14	0	0
24	Ruggi	Clinica Infettivologica COVID -19	14	0	0	14	0	0
24	Da Procida	Malattie Infettive COVID -19	0	0	0	28	0	0
26	Ruggi	Medicina Generale e d'Urgenza	19	0	0	19	2	0
26	Ruggi	Medicina Generale	18	2	0	19	2	
26	Fucito	Medicina Generale	18	2	0	11	0	0
26	Cava	Medicina Generale	19	1	0	15	1	0
29	Ruggi	Nefrologia	18	2	0	12	3	0
30	Ruggi	Clinica Neurochirurgica	4	1	1	4	0	2
30	Ruggi	Neurochirurgia	14	1	0	14	2	0
31	Ruggi	Nido	25	0	0	25	0	0
32	Ruggi	Neurologia	15	3	0	12	4	0
32	Ruggi	Neurologia Indirizzo Riabilitativo	8	0	0	14	1	0
33	Ruggi	Neuropsichiatria Infantile	0	2	0	0	2	0
34	Ruggi	Oculistica	2	2	3	2	2	3
34	Ruggi	Clinica Oculistica	1	1	2	1	1	2
36	Ruggi	Chirurgia Apparato Locomotore	13	1	1	15	0	1
36	Ruggi	Ortopedia e Traumatologia	25	1	1	15	1	1
36	Cava	Ortopedia e Traumatologia	12	1	1	9	1	1
37	Ruggi	Ostetricia e Ginecologia	18	1	6	19	8	0
37	Ruggi	Gravidanza a Rischio e Diagnosi Prenatale	6	0	0	6	0	0
37	Ruggi	Clinica Ostetrica e Ginecologica	18	0	1	13	1	0
38	Ruggi	Otorinolaringoiatria	4	2	1	3	1	1
38	Ruggi	Clinica Otorinolaringoiatria	6	1	2	3	1	3
39	Ruggi	Pediatria	10	3	0	18	2	0
39	Ruggi	Clinica Pediatrica	2	1	0	3	1	0
39	Cava	Pediatria	9	2	0	8	2	0
40	Ruggi	Psichiatria (ASL)	10	0	0	10	0	0
40	Ruggi	Struttura Assistenziale di Psichiatria (Univ.)	0	4	0	0	4	0
43	Ruggi	Urologia	12	2	0	13	1	0
43	Ruggi	Clinica Urologica	0	0	0	1	1	0
43	Fucito	Urologia	14	1	0	6	1	0
49	Ruggi	Anestesia e Rianimazione	10	0	0	11	0	0
49	Ruggi	Terapia Intensiva di Chirurgia	0	0	0	4	0	0

		Vascolare						
49	Ruggi	Terapia Intensiva Cardiochirurgia	8	0	0	8	0	0
49	Fucito	Anestesia e Rianimazione	4	0	0	4	0	0
49	Cava	Anestesia e Rianimazione	4	0	0	4	0	0
50	Ruggi	Unità Coronarica	8	0	0	8	0	0
50	Fucito	Unità Coronarica	4	0	0	4	0	0
50	Cava	Unità Coronarica	4	0	0	4	1	0
52	Ruggi	Dermatologia	0	2	0	0	2	0
54	Ruggi	Emodialisi	0	4	0	0	4	0
56	Ruggi	Clinica Riabilitativa Cardiologica	4	0	0	4	0	0
56	Da Procida	Recupero e Riabilitazione Funzionale	16	2	0	16	0	0
58	Ruggi	Gastroenterologia	0	2	0	0	2	0
58	Fucito	Gastroenterologia	0	2	0	0	2	0
62	Ruggi	Neonatologia	19	1	0	18	1	0
64	Ruggi	Oncologia	8	6	0	8	6	0
64	Ruggi	Oncologia day Hospital	0	6	0	0	6	0
68	Ruggi	Pneumologia	14	1	0	6	1	0
68	Da Procida	Pneumologia	0	2	0	0	0	0
68	Da Procida	Pneumologia COVID -19 (p.l. medi)	9	0	0	18	0	0
68	Da Procida	Pneumologia 2 COVID -19 (p.l. medi)	2	0	0	16	0	0
73	Ruggi	Terapia Intensiva Neonatale	6	0	0	6	0	0
97	Ruggi	Sezione Detenuti	4	0	0	4	0	0
<b>Totale</b>			<b>656</b>	<b>95</b>	<b>31</b>	<b>673</b>	<b>105</b>	<b>23</b>
Fonte: Flussi ministeriali HSP 22 bis.			<b>782</b>			<b>801</b>		



**Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi  
d'Aragona - Scuola Medica Salernitana**

**PIAO 2023-2025**

***la Performance***

## ***La performance***

Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico. Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati indicatori di performance della sanità è quindi fondamentale per un sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema che, proprio a livello di indicatori e metodi di valutazione, può mostrare sensibili differenze a livello regionale.

## ***La ratio del D.lgs. n.150/2009***

Il D.lgs. n. 150/2009 ha dichiarato obiettivo di contrastare le inefficienze della pubblica amministrazione (P.A.) che gravano sul sistema economico italiano. Proprio per questa stretta relazione con il sistema economico, la P.A. può assumere una funzione trainante, se riesce a realizzare la sua grande riserva di produttività inespressa.

L'obiettivo strategico del D.lgs. n. 150/2009 mira a creare anche all'interno delle P.A. un'azione competitiva in grado di incentivarne l'efficienza e la produttività analogamente a quanto accade nel settore della sanità privata svolta dal mercato e dalla concorrenza.

L'idea principale è il conferimento di benefici economici e di carriera, in modo da premiare i più capaci e i più meritevoli, diffondendo la cultura della valutazione, che può definirsi come l'attitudine a predisporre in modo organico e sistematico procedure idonee a individuare periodicamente, secondo criteri omogenei, il rendimento e le caratteristiche professionali dei dipendenti. L'obiettivo ultimo è il raggiungimento di standard qualitativi ed economici elevati nelle attività che la P.A. svolge e nei servizi che rende al suo esterno.

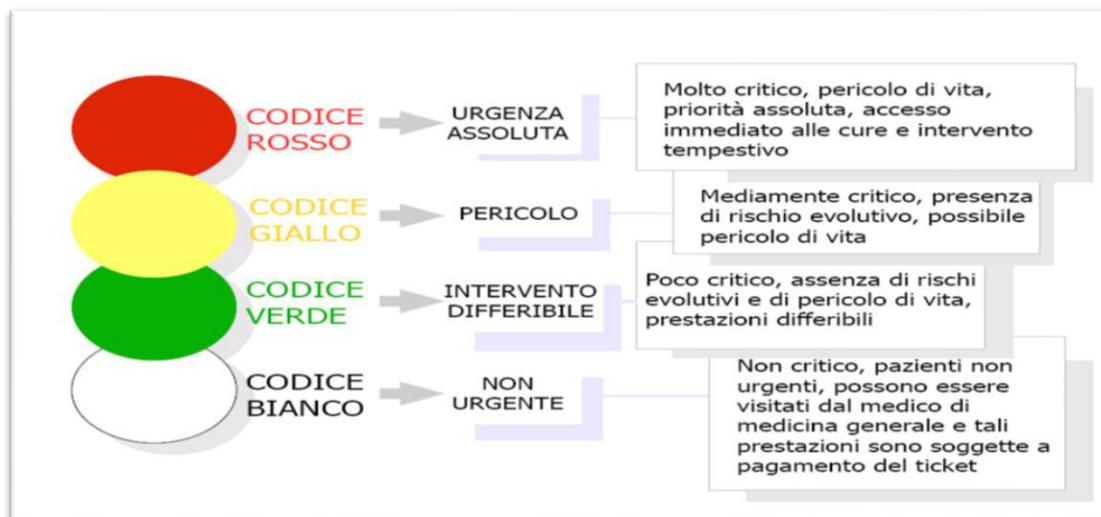
## ***Le dimensioni della performance in sanità***

Le performance delle aziende sanitarie sono valutate per la loro capacità di: promuovere la salute della popolazione; tradurre le strategie in risultati; garantire la qualità dell'assistenza; migliorare l'esperienza del paziente; costruire un adeguato clima organizzativo; promuovere la sicurezza sanitaria; raggiungere tutti gli obiettivi di cui sopra attraverso un corretto utilizzo delle risorse.

Il Sistema di Valutazione delle Performance dell'AOU di Salerno risponde all'obiettivo di fornire una misurazione, un confronto e una rappresentazione della propria offerta sanitaria.

Partendo da questi presupposti possiamo analizzare le principali attività che caratterizzano l'offerta sanitaria dell'AOU di Salerno-

## Area dell'emergenza-Urgenza: tabelle di sintesi dei Pronto Soccorso 2022



Triage eseguiti in Pronto Soccorso 2022	ROSSO	GIALLO	VERDE	BIANCO	NERO	TOTALE CASI
PRONTO SOCCORSO - P.O. 01 - RUGGI	1.285	8.179	41.931	1.146	18	52.561
OBI MEDICO CHIRURGICO - P.O. 01 - RUGGI	10	585	148	0	0	743
PRONTO SOCCORSO - P.O. 02 - FUCITO	348	4.309	8.620	148	7	13.432
PRONTO SOCCORSO - P.O. 04 - S.M. DELL'OLMO	223	3.051	10.501	179	10	13.964
PRONTO SOCCORSO - P.O. 05 - COSTA D'AMALFI	105	1.846	4.299	18	3	6.271
<b>TOTALE CASI</b>	<b>1.971</b>	<b>17.970</b>	<b>65.499</b>	<b>1.491</b>	<b>38</b>	<b>86.971</b>
<b>% CASI</b>	<b>2,26</b>	<b>20,66</b>	<b>75,31</b>	<b>1,71</b>	<b>0,04</b>	<b>100</b>

Totale accessi P.S.	2020	2021	2022
P.O. Ruggi	↓53.958	↑56.054	↓52.561
OBI - Ruggi	↓770	↓724	↑743
P.O. Mercato San Severino	↓12.907	↑14.161	↓13.432
P.O. Cava de' Tirreni	↓12.819	↑13.713	↑13.964
P.O. Ravello	↓5.351	↑5.900	↑6.271
<b>Totale Azienda</b>	<b>85.805</b>	<b>90.552</b>	<b>86.971</b>

Pazienti ricoverati da Pronto Soccorso	2019 (PRE COVID)	2020	2021	2022
<b>P.O. Ruggi (Incluso OBI)</b>				
Ricovero in reparto di degenza	14.642	11.420	11.106	11.660
Trasferimento ad altro Istituto	312	350	246	207
Trasferimento a struttura Territoriale	0	3	28	21
<b>TOTALE Plesso</b>	<b>14.954</b>	<b>11.733</b>	<b>11.380</b>	<b>11.888</b>
<b>P.O. Mercato San Severino</b>				
Ricovero in reparto di degenza	1.605	1.526	1.420	1.465
Trasferimento ad altro Istituto	181	196	171	190
Trasferimento a struttura Territoriale	0	0	5	3
<b>TOTALE Plesso</b>	<b>1.786</b>	<b>1.722</b>	<b>1.596</b>	<b>1.658</b>
<b>P.O. Cava de' Tirreni</b>				
Ricovero in reparto di degenza	2.658	1.751	1.643	1.738
Trasferimento ad altro Istituto	218	183	130	204
Trasferimento a struttura Territoriale	0	0	0	5
<b>TOTALE Plesso</b>	<b>2.876</b>	<b>1.934</b>	<b>1.773</b>	<b>1.947</b>
<b>P.O. Ravello (in altri Plessi della AOU)</b>				
Ricovero in reparto di degenza	230	166	158	204
Trasferimento ad altro Istituto	353	229	261	312
Trasferimento a struttura Territoriale	0	1	2	0
<b>TOTALE Plesso</b>	<b>583</b>	<b>396</b>	<b>421</b>	<b>516</b>
<b>Totale ricoverati in reparto di degenza</b>	<b>19.113</b>	<b>14.859</b>	<b>14.314</b>	<b>15.067</b>

Ricoveri giornalieri da Pronto Soccorso	2022
<b>P.O. Ruggi</b>	
N° ricoveri giornalieri	33,620
% di ricoveri	21,56%
<b>OBI Ruggi</b>	
N° ricoveri giornalieri	1,146
% di ricoveri	44,41%
<b>P.O. Mercato San Severino</b>	
N° ricoveri giornalieri	4,347
% di ricoveri	10,91%
<b>P.O. Cava de' Tirreni</b>	
N° ricoveri giornalieri	5,157
% di ricoveri	12,45%
<b>P.O. Ravello (in altri Plessi della AOU)</b>	
N° ricoveri giornalieri	0,605
% di ricoveri	3,25%
<b>Totale ricoveri giornalieri</b>	<b>2022</b>
N° ricoveri giornalieri	44,875

## Analisi degli indicatori di Pronto Soccorso

Prima della pandemia le strutture di Pronto Soccorso dell'AOU erano caratterizzate da un sovraffollamento, apparentemente inarrestabile. Durante l'esplosione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 l'assetto della Medicina d'emergenza urgenza si è molto modificato, avendo dovuto gestire malati critici infettivi, continuare a garantire cure a persone non infette ed evitare per quanto possibile contaminazioni.

Il Sistema d'emergenza urgenza nel suo complesso ha ricoperto un ruolo fondamentale nella gestione della pandemia e delle sue conseguenze, permettendo all'Azienda di potere rispondere al meglio all'emergenza in corso. Anche per il 2022 l'abituale casistica dei nostri Pronto Soccorso è in alcuni casi diminuita, soprattutto in relazione ai codici di minore gravità.

La pandemia è continuata anche nel 2022 e i casi registrati, pur con una tendenza alla consistente diminuzione, ci hanno fatto conoscere nuove manifestazioni cliniche della malattia (es. variante australiana) che inevitabilmente, si presenteranno nelle nostre strutture passando dai Pronto Soccorso.

L'obiettivo del presente documento e quello di garantire i migliori livelli di sicurezza per i pazienti e la massima protezione per il personale operante nelle strutture di Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza, Malattie Infettive, Pneumologie e Terapie Intensive/Sub-intensive.

Un ulteriore obiettivo è quello di consolidare i percorsi individuati nel 2022 per i pazienti che accedono ai PS e per quelli che necessitano di un ricovero nei vari reparti dell'AOU.

## L'offerta di prestazioni ambulatoriali per esterni

<b>Regione:</b>	Campania	<b>ASL:</b>	904 - OO.RR. S. GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA			
<b>Codice struttura:</b>	999904	<b>Denominazione:</b>	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA			
<b>Indirizzo:</b>	VIA SAN LEONARDO					
<b>CAP:</b>	84131	<b>Località:</b>	SALERNO			
<b>Tipologia struttura:</b>	Pubblico					
<b>Andamento spesa anno 2022</b>						
Periodo	Numero ricette	Numero prestazioni	Spesa lorda	Ticket (*)	Spesa netta	
Dicembre 2022	14.680	43.189	654.589	154.463	500.126	
Novembre 2022	17.792	55.423	704.763	183.019	521.744	
Ottobre 2022	17.583	54.166	717.755	179.811	537.943	
Settembre 2022	17.233	54.591	667.691	164.981	502.710	
Agosto 2022	11.354	38.627	487.876	103.687	384.189	
Luglio 2022	13.513	42.497	578.031	125.477	452.555	
Giugno 2022	15.548	50.738	632.879	140.782	492.098	
Maggio 2022	15.809	49.546	623.997	147.329	476.669	
Aprile 2022	13.838	46.757	579.025	132.056	446.969	
Marzo 2022	16.734	54.607	750.435	158.364	592.071	
Febbraio 2022	13.381	45.477	583.319	124.296	459.023	
Gennaio 2022	10.280	34.114	509.348	94.741	414.607	
<b>Totale</b>	<b>177.745</b>	<b>569.732</b>	<b>7.489.709</b>	<b>1.709.005</b>	<b>5.780.704</b>	

Fonte T.S. MEF-SOGEI data elaborazione 23/03/2023

(\*) Franchigia a carico dell'assistito ed eventuali contributi regionali.

Attività ambulatoriale per esterni				
anno	2019	2020	2021	2022
<b>N° prestazioni ambulatoriali</b>	816.067	389.324	494.661	569.732
<b>Totale Valore delle prestazioni</b>	€ 10.505.266	€ 7.209.323	€ 8.096.967	€ 7.489.709

La programmazione aziendale messa in atto e le modalità di attuazione dei follow-up ambulatoriali hanno subito ulteriori riadattamenti nel corso del 2022 anche grazie all'introduzione di modelli gestionali alternativi, sfruttando con modalità più estesa di quanto fatto in precedenza, gli strumenti informatici disponibili a grazia di un monitoraggio sempre più personalizzato e un accesso appropriato alle cure soprattutto per i pazienti cronici.

### ***I principali indicatori di attività***

<b>Stabilimento</b>	<b>ricoveri ordinari</b>	<b>ricoveri Day Hospital</b>	<b>Giornate di degenza R.O.</b>	<b>Accessi Day Hospital</b>	<b>Valore totale DRG</b>
01-Ruggi	18.578	10.777	165.882	59.532	110.414.139
02-A. Fucito	2.655	1.243	18.121	3.845	11.120.786
03-G. Da Procida	359	29	8.681	348	2.444.517
04-SMI dell'Olmo	2.086	876	13.834	2.473	8.842.961
<b>totale</b>	<b>23.678</b>	<b>12.925</b>	<b>206.518</b>	<b>66.198</b>	<b>132.822.403</b>

### **La pandemia da Covid-19**

Il trend dei ricoveri in area medica evidenzia l'effetto positivo della campagna vaccinale riguardo alla pandemia da Covid-19. I ricoveri aumentano naturalmente contemporaneamente al numero di contagiati.

A livello nazionale, se si considera la percentuale della prevalenza di positivi ricoverati in ospedale sia in area medica che in terapia intensiva si osserva un trend in decrescita che ha raggiunto i minimi proprio tra gennaio e marzo 2022. il massimo è stato di 5,9% e il minimo di 0,8%.

Anche per l'AOU di Salerno questo dato di decrescita viene confermato rispetto al 2021. I dati confermano anche che dobbiamo imparare a "convivere con il virus" ma ciò non significa che si debba far finta che il virus sia stato sconfitto. Bisogna continuare a rinunciare alle situazioni a rischio di poca importanza e dobbiamo imparare a far tutto quello che eravamo abituati a fare ma mantenendo le precauzioni necessarie in modo da evitare che per salvare la vita sociale e l'economia mettiamo a rischio la salute.

<b>Casi Covid-19 anno 2022</b>					
<b>Tipo di dimissione</b>	<b>N° casi</b>	<b>Tot. gg di degenza</b>	<b>pazienti in terapia intensiva</b>	<b>degenza media</b>	<b>% casi in terapia intensiva</b>
A domicilio	899	14.985	119	18,0	6,8
Trasferiti	108	2.145	62	27,8	14,0
Deceduti	253	4.426	208	17,2	27,7
<b>totale complessivo</b>	<b>1.260</b>	<b>21.556</b>	<b>389</b>	<b>20,0</b>	<b>12,4</b>

Nella tabella che segue sono indicati il numero di casi delle malattie della categoria MDC trattate nel 2022.

Gli MDC rappresentano un livello superiore di raggruppamento dei DRG basato su un criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico): in base alla diagnosi principale riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera viene assegnata la categoria MDC; successivamente, viene attribuito uno specifico DRG fra quelli appartenenti alla MDC selezionata.

MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORY (MDC) 2022							
MDC	MDC_descrizione	Casi Ordinari	Giorni di degenza totali	Degenza Media Ordinari	Casi DH	Accessi DH	Accessi Medi DH
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	1.729	16.149	9,34	843	3.099	3,68
02	Malattie e disturbi occhio	214	919	4,29	2.074	5.565	2,68
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	393	2.116	5,38	236	526	2,23
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	2.093	24.836	11,87	57	225	3,95
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	4.101	46.916	11,44	380	924	2,43
06	Malattie e disturbi apparato digerente	2.173	14.434	6,64	812	3.558	4,38
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	1.148	9.331	8,13	355	2.096	5,90
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	2.138	17.135	8,01	658	4.101	6,23
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	531	2.242	4,22	1.050	2.808	2,67
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	604	2.568	4,25	249	1.032	4,14
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1.236	12.643	10,23	1.111	6.687	6,02
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	369	2.538	6,88	548	1.604	2,93
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	502	2.293	4,57	193	545	2,82
14	Gravidanza, parto e puerperio	2.189	9.439	4,31	293	813	2,77
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	1.795	10.603	5,91	6	14	2,33
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	202	1.803	8,93	338	3.764	11,14
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	232	3.587	15,46	2.100	22.727	10,82
18	Malattie infettive e parassitarie	740	8.746	11,82	21	87	4,14
19	Malattie e disturbi mentali	406	4.141	10,20	413	1.201	2,91
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	30	248	8,27	0	0	0,00
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	192	1.132	5,90	11	33	3,00
22	Ustioni	14	103	7,36	0	0	0,00
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	262	1.038	3,96	707	1.732	2,45
24	Traumatismi multipli	102	1.669	16,36	0	0	0,00
25	Infezioni da HIV	3	60	20,00	441	2.709	6,14
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	50	2.075	41,50	2	44	22,00
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	1	16	16,00	13	180	13,85
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	51	743	14,57	1	9	9,00
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	48	1.497	31,19	13	151	11,62
18	Malattie infettive e parassitarie	5	57	11,40	0	0	0,00
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	4	109	27,25	0	0	0,00
NA		5	100	20,00	0	0	0,00
PR		114	5.231	45,89	0	0	0,00
	TOTALE	<b>23.676</b>	<b>206.517</b>	<b>11,46</b>	<b>12.925</b>	<b>66.234</b>	<b>19,51</b>

## Il monitoraggio dei tempi di attesa

Per ciascuna prestazione sanitaria sono rilevati i tempi di attesa comunicati al cittadino all'atto della prenotazione. Il tempo di attesa monitorato è quello, cosiddetto "ex ante", prospettato all'utente al momento della prenotazione stessa. Il tempo di attesa è calcolato in giorni e consiste nell'intervallo di tempo tra la data di contatto dell'utente con il sistema di prenotazione e la data dell'appuntamento assegnato (corrisponde, quindi, all'attesa prevista). Se il cittadino, per sua scelta, non accetta la data di prima disponibilità che gli viene proposta, la prenotazione non viene considerata nel monitoraggio. Per una gestione efficace della sempre più ampia richiesta di cure, il Sistema Sanitario Nazionale ha adottato un sistema basato sulle priorità cliniche che, indicate dal medico nell'impegnativa, consentono di garantire l'assistenza sanitaria in considerazione dell'urgenza. A tal fine è stata resa obbligatoria la compilazione del campo "Classe di priorità" nell'impegnativa per le prestazioni di primo accesso. Nella successiva tabella sono indicati i tempi di attesa per il ricovero ordinario e di day Hospital/day Surgery relativi al 2022 distinti per stabilimento erogatore.

### MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA 2022

cod	Stabilimento	Regime di ricovero	Classe Priorità	Casi valutabili	Casi congruenti	Degenza	Tempo medio di attesa	Tempo di attesa massimo	Tempo di attesa minimo	Mediana
01	Ruggi - Salerno	1 - Ordinario	A - 30 giorni	2.297	1.408	15.840	37,53	1	355	19
01	Ruggi - Salerno	1 - Ordinario	B - 60 giorni	851	382	5.428	93,1	1	364	70
01	Ruggi - Salerno	1 - Ordinario	C - 180 giorni	218	129	1.429	147,78	1	348	161
01	Ruggi - Salerno	1 - Ordinario	D - max 12 mesi	4	4	8	230,5	5	344	286
01	Ruggi - Salerno	2 - Day Hospital	A - 30 giorni	5.348	4.704	0	17,91	1	349	7
01	Ruggi - Salerno	2 - Day Hospital	B - 60 giorni	2.392	1.962	0	38,12	1	364	18
01	Ruggi - Salerno	2 - Day Hospital	C - 180 giorni	2.987	1.767	0	128,55	1	364	88
01	Ruggi - Salerno	2 - Day Hospital	D - max 12 mesi	50	50	0	114,9	1	358	90
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	1 - Ordinario	A - 30 giorni	467	191	2.058	51,39	0	295	37
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	1 - Ordinario	B - 60 giorni	631	180	2.809	114,65	1	363	99
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	1 - Ordinario	C - 180 giorni	24	19	116	116,88	22	330	94
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	1 - Ordinario	D - max 12 mesi	6	6	27	76,5	1	205	68
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	2 - Day Hospital	A - 30 giorni	712	635	0	12,04	1	223	3
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	2 - Day Hospital	B - 60 giorni	488	416	0	30,13	1	331	12
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	2 - Day Hospital	C - 180 giorni	38	36	0	84,68	1	203	90
02	G. Fucito - Mercato S. Severino	2 - Day Hospital	D - max 12 mesi	5	5	0	110,2	55	151	117
03	Giovanni da Procida - Salerno	1 - Ordinario	A - 30 giorni	15	11	627	22,6	0	98	4
03	Giovanni da Procida - Salerno	1 - Ordinario	B - 60 giorni	1	1	61	10	10	10	10
03	Giovanni da Procida - Salerno	2 - Day Hospital	A - 30 giorni	29	29	0	4,9	1	14	4
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	1 - Ordinario	A - 30 giorni	42	39	178	10,79	1	114	5
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	1 - Ordinario	B - 60 giorni	13	3	103	93,77	17	187	98
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	1 - Ordinario	C - 180 giorni	15	10	122	134	59	225	102
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	1 - Ordinario	D - max 12 mesi	3	3	16	290	241	345	284
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	2 - Day Hospital	A - 30 giorni	417	344	0	17,03	1	135	13
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	2 - Day Hospital	B - 60 giorni	408	320	0	29,73	1	245	14
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	2 - Day Hospital	C - 180 giorni	46	42	0	119,39	1	327	106
04	S.M.I. dell'Olmo - Cava de Tirreni	2 - Day Hospital	D - max 12 mesi	5	5	0	181,4	12	342	191

## *I principali indicatori economici*

<b>Bilancio consuntivo 2021</b>	
<b>a) Stato Patrimoniale</b>	Valore
<b>Attivo</b>	
Immobilizzazioni	<b>102.049.603,89</b>
Attivo circolante	<b>238.660.365,20</b>
Ratei e Risconti Attivi	<b>193.547,51</b>
<b>Totale Attivo 2021</b>	<b>340.903.516,77</b>
<b>Passivo</b>	
Patrimonio netto	<b>184.771.982,81</b>
Fondi per Rischi e Oneri	<b>75.196.834,34</b>
Trattamento fine rapporto	<b>197.821,19</b>
Debiti	<b>80.736.609,24</b>
Ratei e Risconti Passivi	<b>269,19</b>
Conti d'ordine (solo beni in comodato)	<b>1.153.423,56</b>
<b>Totale Passivo 2021</b>	<b>340.903.516,77</b>
<b>b) Conto Economico</b>	Valore in milioni di €
Valore della produzione	<b>378.060.786,43</b>
Costi della Produzione	<b>362.731.164,85</b>
Proventi e oneri finanziari	<b>-90.083,96</b>
Proventi e oneri straordinari	<b>-1.795.214,58</b>
Imposte e Tasse	<b>13.422.665,56</b>
<b>Risultato d'Esercizio 2021</b>	<b>21.657,48</b>

La precedente tabella rappresenta la sintesi del bilancio consuntivo 2021, detto anche rendiconto generale. Tale bilancio, redatto secondo le disposizioni del D.Lgs. 118/2011, del DM 20/03/2013 e sulla base delle specifiche direttive regionale, contempla l'indicazione delle entrate effettivamente realizzate e delle spese effettivamente sostenute nel periodo in considerazione e che rappresentano la base per la predisposizione del bilancio di previsione per le annualità successive. Il documento di bilancio 2021 è stato sottoposto all'esame del Collegio Sindacale. Acquisita la relazione del Collegio Sindacale, il bilancio è stato deliberato nella sua formulazione definitiva (Del. 702 del 31/10/2022), completa della relazione dell'organo di controllo, e trasmessa alla Regione Campania per consentire alla Giunta regionale di approvare i bilanci degli enti del SSR ai sensi dell'art. 32 comma 7 lettere b) e c) del su citato Decreto.

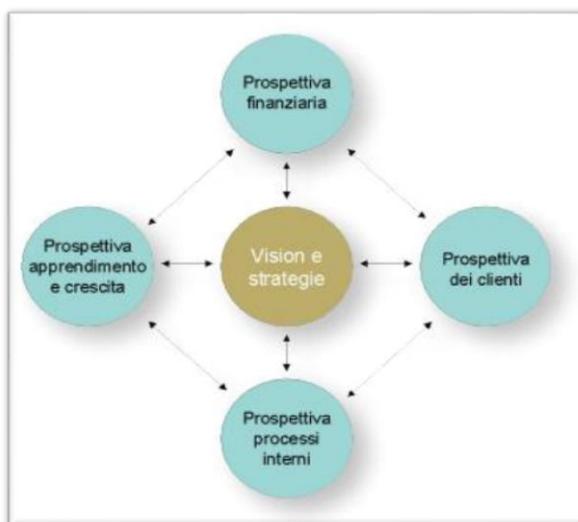
## PIANIFICAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023-2025

### *Performance: la prospettiva del Balanced Scorecard*

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'amministrazione. L'albero della performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle principali dimensioni della performance. Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche. A riguardo, al fine di rappresentare in modo comprensibile ed efficace le aree strategiche dell'Azienda, si è scelto di utilizzare la prospettiva del **Balanced Scorecard**.

La *Balanced Scorecard* (BSC) è uno strumento di supporto nella gestione strategica dell'impresa che permette di tradurre la *mission* e la strategia dell'impresa in un insieme coerente di misure di attività e risultati, facilitandone la misurabilità. Questo strumento si pone l'obiettivo di rimediare ai limiti dei modelli tradizionali di controllo e di tradurre le strategie in indicatori di performance (di seguito **KPI: Key Performance Indicators**); le misure rilevanti vengono selezionate per supportare la definizione degli obiettivi e il monitoraggio dei risultati con riferimento alle aree strategicamente critiche.

La BSC è suddivisa in quattro prospettive (o aree strategiche) fondamentali:



1. **la prospettiva economico-finanziaria**, (come l'azienda è vista dal finanziamento regionale e dagli stakeholders) serve come centro di riferimento per i KPI e le misure presenti nelle altre tre prospettive in quanto costituisce la "cornice" di compatibilità nella quale poterle sviluppare;
2. **la prospettiva dei processi interni aziendali**, individua quali sono i processi in cui è necessario eccellere e che esercitano il maggiore impatto sulla creazione di valore;
3. **la prospettiva del cliente/utente**, (come l'azienda è percepita da parte degli utenti) con essa l'azienda identifica i segmenti di mercato nei quali decide di competere;
4. **la prospettiva dell'apprendimento e della crescita** – individua quali aree debbono essere presidiate per sviluppare le capacità di miglioramento e cambiamento.

La necessaria integrazione tra PIAO e Direttiva annuale comporta, inoltre, un'attenzione particolare agli aspetti legati alla trasparenza, l'integrità e alle misure in tema di prevenzione della corruzione. Un'efficace integrazione tra gli strumenti di avvio del ciclo di gestione della performance, si può realizzare facendo in modo che le misure contenute nei Programmi triennali per la Trasparenza e l'Integrità e nei Piani di prevenzione alla corruzione siano veri e propri obiettivi da inserire nella programmazione triennale.

Al fine di dare particolare rilievo a tali tematiche, nel PIAO si pone in evidenza una quinta dimensione, **la prospettiva della trasparenza, integrità e di prevenzione della corruzione**, cui vengono attribuiti specifici obiettivi, che scaturiscono dalla normativa introdotta con la Legge 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". A riguardo è possibile affermare *che la Legge 190/2012 rappresenta la prima normativa organica nel nostro paese che interviene sul contrasto della corruzione e mira a implementare valori etici nell'agire delle amministrazioni pubbliche*. Il principio della trasparenza della pubblica amministrazione è ripreso e ulteriormente approfondito dal D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

## *L'albero della performance*

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. L'albero della performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle due principali dimensioni della performance, quella individuale e quella organizzativa.

**La Mission e la Vision dell'Azienda possono essere ulteriormente articolate e specificate in cinque Prospettive o Aree strategiche secondo la logica di rappresentazione della *Balanced Scorecard*.**

### **PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA**

Esprime per l'azienda la necessità di un vincolo di compatibilità economica e finanziaria delle proprie attività e di economicità della gestione

### **PROSPETTIVA DEI PROCESSI INTERNI AZIENDALI**

Esprime per l'Azienda la necessità di offrire servizi efficaci ed efficienti, appropriati e di qualità

### **PROSPETTIVA DEL CLIENTE/UTENTE**

Esprime per l'Azienda la necessità di curare aspetti quali la qualità percepita e la trasparenza delle procedure

### **PROSPETTIVA DELL'APPRENDIMENTO E DELLA CRESCITA**

Esprime per l'Azienda la necessità di prestare attenzione alla formazione del proprio personale, all'aggiornamento scientifico e tecnologico

### **PROSPETTIVA DELLA TRASPARENZA, INTEGRITA' E DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Esprime per l'Azienda la necessità di garantire le iniziative poste in essere in tema di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione

## ***Gli obiettivi strategici del PIAO 2023-2025***

Partendo dall'analisi dei determinanti di contesto, sia esterno sia interno, saranno definiti gli obiettivi strategici che l'Azienda persegue, per ciascuna delle prospettive delineate dal *Balanced Scorecard*.

### **L'ALBERO DELLA PERFORMANCE: GLI OBIETTIVI STRATEGICI**

#### **PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA:**

Rispettare la compatibilità economica nazionale e regionale

Mantenere l'equilibrio economico aziendale

Mantenere l'equilibrio finanziario aziendale

#### **PROSPETTIVA DEI PROCESSI INTERNI AZIENDALI**

Migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni

Riqualificare le prestazioni di alta specialità al fine di ridurre la migrazione sanitaria

Riqualificare il circuito emergenza-urgenza

#### **PROSPETTIVA DEL CLIENTE/UTENTE**

Migliorare i processi di comunicazione e di partecipazione dei clienti esterni ed interni

Garantire la trasparenza delle procedure con particolare riguardo a quelle di accesso a tutte le prestazioni erogate (Liste di attesa delle prestazioni di ricovero programmate ed ambulatoriali)

#### **PROSPETTIVA DELL'APPRENDIMENTO E DELLA CRESCITA**

Garantire i processi di formazione ed aggiornamento

Garantire l'aggiornamento scientifico

Garantire l'aggiornamento tecnologico

#### **PROSPETTIVA DELLA TRASPARENZA, INTEGRITA' E DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Attuare quanto previsto dal Programma triennale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione

Garantire la corretta applicazione del Codice di comportamento

## ***Gli obiettivi operativi del PIAO 2023-2025***

Secondo un procedimento a cascata, per ciascun obiettivo strategico, saranno individuati gli obiettivi operativi che l'Azienda intende perseguire negli anni di riferimento.

### **L'ALBERO DELLA PERFORMANCE: GLI OBIETTIVI OPERATIVI**

#### **PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA**

- Equilibrio economico e finanziario aziendale
- Budget economico aziendale

#### **PROSPETTIVA DEI PROCESSI INTERNI AZIENDALI**

- Complessità della casistica
- Occupazione dei posti letto
- Appropriatelyzza dei ricoveri
- Appropriatelyzza chirurgica
- Efficienza pre-operatoria
- Qualità clinica
- Appropriatelyzza informativa

#### **PROSPETTIVA DEL CLIENTE/UTENTE**

- Comunicazione e partecipazione del cittadino
- Soddisfazione dei fornitori
- Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali

#### **PROSPETTIVA DELL'APPRENDIMENTO E DELLA CRESCITA**

- Formazione
- Benessere e clima organizzativo

#### **PROSPETTIVA DELLA TRASPARENZA, INTEGRITA' E DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

- Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
- Codice Comportamento dei dipendenti

Per ciascun obiettivo operativo saranno individuati degli indicatori specifici e misurabili. Laddove è possibile, gli indicatori sono commisurati a valori ritenuti di riferimento (standard nazionali e/o regionali, benchmarking con altre aziende ospedaliere e/o ospedaliere universitarie). Gli indicatori saranno rappresentati e suddivisi per ciascuna delle prospettive fondamentali individuate: economico-finanziaria; dei processi interni aziendali; del cliente-utente, dell'apprendimento e della crescita; della trasparenza, integrità e di prevenzione della corruzione.

Per ciascun indicatore, saranno definiti:

- L'obiettivo operativo di riferimento;
- Il codice dell'indicatore proposto;
- La definizione dell'indicatore;
- La formula di costruzione dell'indicatore;
- L'eventuale standard di riferimento o il benchmarking.
- L'eventuale direzione cui deve tendere il valore dell'indicatore nel corso del tempo nel caso sia stato perseguito efficacemente (crescente o decrescente);
- Il target aziendale dell'anno di riferimento.

Data la specificità dello strumento proposto, pur collegandosi tale sistema direttamente, sia come metodo sia come contenuti, il PIAO è stato elaborato in conformità al DM che ne definisce il contenuto di cui al decreto legge n.80 articolo 6 comma 6 del 09/06/2021 convertito nella legge 113 del 06/08/2021 riadattato a livello aziendale per le specificità proprie dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno. Si precisa inoltre che gli indicatori che saranno proposti potranno subire, nel corso della successiva implementazione, le modificazioni e/o integrazioni che saranno ritenute più opportune.

## **IL SISTEMA DI MISURAZIONE EVALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**

La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, team, singolo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'Azienda è stata costituita. In termini più immediati, la performance è il risultato che si consegue svolgendo una determinata attività.

Con il D.Lgs. 150/2009 è stata introdotta così nel settore pubblico una "prospettiva strategica" fino a pochi anni fa del tutto sconosciuta. Oggi gli organi di indirizzo politico-amministrativo di tutte le PA sono chiamati a dichiarare gli obiettivi che intendono perseguire e gestire in modo trasparente le azioni e le risorse che mettono in campo per realizzarli.

Nel linguaggio della nostra normativa a questa idea corrisponde il concetto di "performance organizzativa", che secondo quanto indicato all'articolo 8, rappresentata dai seguenti documenti:

- **Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)** è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Le amministrazioni con più di 50 dipendenti come l'AOU di Salerno, dovranno riunire in quest'unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, e relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il PIAO ha durata triennale, ed è aggiornato annualmente. In esso sono definiti:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- 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, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- 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 PIAO definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Il PIAO sarà pubblicato sul sito dell'ente e inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

Per tale motivo l'AOU di Salerno ha predisposto il PIAO, quale documento di pianificazione triennale avente valenza strategica e all'interno del quale è evidenziata l'analisi di contesto necessaria alla formulazione delle strategie per il triennio 2023-2025, ma anche le indicazioni sulle successive fasi di assegnazione di obiettivi e risorse: il processo di budget e il processo di valutazione individuale.

- **La Direttiva annuale del Direttore Generale**, deliberata annualmente allo scopo di realizzare il raccordo tra gli strumenti di pianificazione e il budget. Indica da un lato gli obiettivi e le risorse a livello aziendale (budget aziendale), in stretto collegamento con il Bilancio Economico Preventivo e, dall'altro, obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget dei centri di responsabilità.
- **Budget dei Centri di Responsabilità (Master Budget)** documento annuale con prospettiva prevalentemente interna, teso a indicare gli obiettivi da conseguire nel corso dell'anno dai centri di responsabilità, in coerenza con le strategie indicate nel PIAO e in attuazione della programmazione annuale regionale e delle risorse assegnate.
- **Documenti di Valutazione Individuale**, che raccolgono, secondo quanto stabilito dai regolamenti aziendali di riferimento per tipologia di personale (Del. 488/2014 per la dirigenza e Del. 417/2014 per il comparto), gli elementi atti a valutare la conoscenza, la capacità e la qualità di ciascun dipendente, finalizzati sia all'incentivazione per la produttività, sia alle progressioni orizzontali.

Gli obiettivi strategici e operativi daranno origine a obiettivi aziendali a valenza annuale, garantendo in tal modo il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale. Il successivo **processo di budget** assegnerà a cascata gli obiettivi a tutta l'organizzazione, individuando in maniera puntuale indicatori di misurazione e livelli attesi (performance organizzativa). Infine, il processo aziendale di valutazione della performance individuale, consentirà di valutare il contributo del singolo dipendente a compimento del Ciclo di Valutazione della Performance previsto dal D.lgs. 150/2009 e ss. mm. ii..

## ***Il processo di budget***

Attraverso il processo di budget saranno determinati gli obiettivi operativi di ciascuna Unità Operativa Complessa aziendale. Nel processo di formulazione dei budget, la Direzione si avvale della collaborazione del Comitato di budget, e del supporto operativo della U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione.

Il documento che individua tutti gli obiettivi di ogni unità organizzativa individuata quale Centro di Responsabilità è la scheda budget, solitamente negoziata in incontri tra le parti a inizio anno. In corso d'anno gli obiettivi di budget sono monitorati dalla U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione. A fine anno, si avvia il processo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi concordati in sede di budget e la misurazione della performance.

La correlazione tra le schede di budget e il sistema premiante è garantita dalla pesatura degli obiettivi il cui risultato incide sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa.

L'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance attraverso la verifica dell'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale, a garanzia del rispetto delle regole e della correttezza della metodologia adottata dall'azienda.

## ***Il processo di valutazione della performance individuale***

Dalla valutazione della performance dell'organizzazione si arriva alla valutazione della performance individuale, con cui l'AOU intende perseguire le finalità del miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, dell'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della gestione delle risorse nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, favorendo il recupero della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.

La certificazione di tale riconoscimento può avvenire soltanto mediante l'individuazione di un percorso condiviso che permetta uno sviluppo professionale sia economico sia giuridico ai dipendenti. La performance individuale si misura in maniera differenziata a seconda che si tratti di dirigenti o non dirigenti, mediante uno strumento di valutazione che raccoglie elementi di valorizzazione al fine di stabilire il contributo del singolo in un contesto generale.

A tale scopo è stato predisposto un ambiente informatico gestito dalla Struttura Tecnica per la Misurazione della Performance, in cui sono archiviati tutti i dati di valutazione. La versione definitiva di tale documento è sottoscritta da valutatore e valutato e archiviata all'interno del fascicolo personale custodito presso la U.O.C. Gestione Risorse Umane.

## ALLEGATI TECNICI AL PIAO 2023-2025

### OBIETTIVI OPERATIVI DELLA PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA

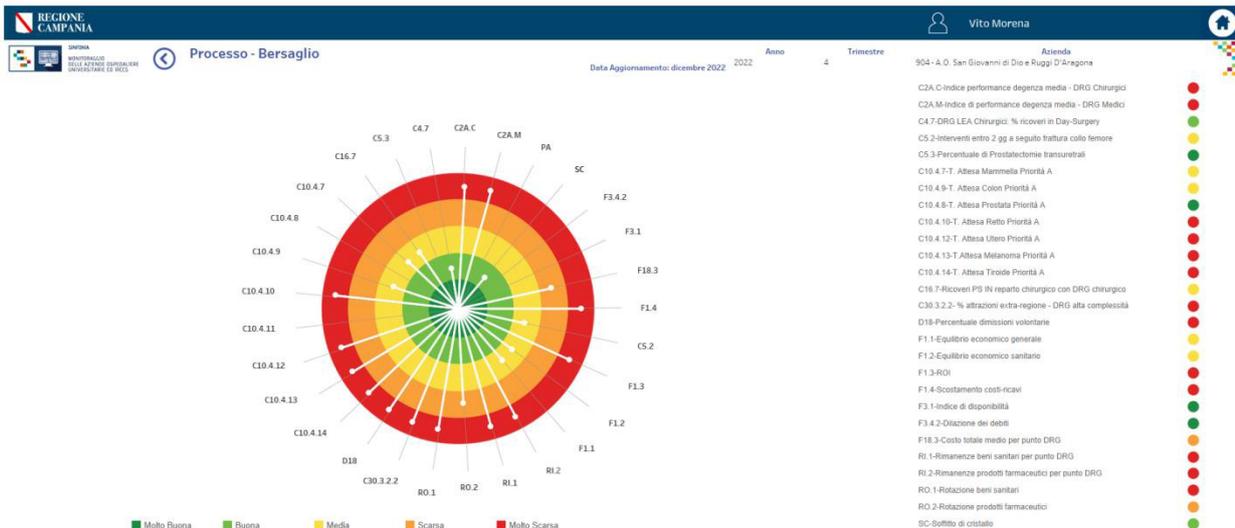
KPI operativi	Cod	Definizione	Formula	Standard di riferimento / Benchmarking	Direzione indicatore	Target anno 2023	Target anno 2024	Target anno 2025
Equilibrio economico e finanziario	1.1	Equilibrio economico generale	(Risultato di esercizio / Valore della produzione)	Pareggio di bilancio: 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
Equilibrio economico e finanziario	1.2	Consistenza del patrimonio di proprietà dell'Azienda	Capitale netto – immobilizzazioni nette, indica la capacità di copertura con mezzi aziendali	≥ Baseline di riferimento	↑	≥2021	≥2021	≥2021
Budget economico	2.1	Ricavi figurativi	Ricavi figurativi (DRG, specialistica ambulatoriale, ecc.) anno X / Ricavi figurativi (DRG, specialistica ambulatoriale, ecc.) anno X-1	≥1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
Budget economico	2.2	Costi del personale dipendente – Dirigenti medici	(Costi dei dirigenti medici anno X / Costi dei dirigenti medici anno X – 1) *100	A parità di livelli di attività conseguiti ≤1	Da rapportare ai livelli di attività conseguiti	≤1	≤1	≤1
Budget economico	2.3	Costi del personale dipendente – Dirigenti sanitari non medici	(Costi dei dirigenti sanitari non medici anno X / Costi dei dirigenti sanitari non medici anno X – 1)*100	A parità di livelli di attività conseguiti ≤1	Da rapportare ai livelli di attività conseguiti	≤1	≤1	≤1
Budget economico	2.4	Costi del personale dipendente – comparto ruolo sanitario	(Costi del personale di comparto ruolo sanitario anno X / Costi del personale di comparto ruolo sanitario anno X – 1) *100	A parità di livelli di attività conseguiti ≤1	Da rapportare ai livelli di attività conseguiti	≤1	≤1	≤1
Budget economico	2.5	Costi del personale dipendente – Dirigenti professionali tecnici e amministrativi	(Costi dei Dirigenti PTA anno X / Costi del personale dei Dirigenti PTA anno X – 1) *100	A parità di livelli di attività conseguiti ≤1	Da rapportare ai livelli di attività conseguiti	≤1	≤1	≤1
Budget economico	2.6	Costi del personale dipendente – comparto ruoli PTA	Costi del personale di comparto ruoli PTA anno X / Costi del personale di comparto ruoli PTA anno X – 1) *100	A parità di livelli di attività conseguiti ≤1	Da rapportare ai livelli di attività conseguiti	≤1	≤1	≤1

Budget economico	2.7	Consumi farmaceutici e sanitari	(Valore dei consumi farmaceutici e sanitari come da Bilancio consuntivo anno X / Valore dei consumi farmaceutici e sanitari come da bilancio consuntivo anno X - 1)	A parità di livelli di attività conseguiti ≤1	Da rapportare ai livelli di attività raggiunti	1	≤1	≤1
Budget economico	2.8	Attività di auto convenzionamento o interno	(Valore di auto convenzionamento interno autorizzate anno X / Valore di auto convenzionamento interno autorizzate anno X-1)	A parità di livelli di attività conseguiti ≤1	Da rapportare ai livelli di attività conseguiti	≤1	≤1	≤1

### OBIETTIVI OPERATIVI DELLA PROSPETTIVA DEI PROCESSI INTERNI AZIENDALI

KPI operativi	Cod	Definizione	Formula	Standard di riferimento / Benchmarking	Direzione indicatore	Target anno 2023	Target anno 2024	Target anno 2025
Complessità casistica	3.1	Peso medio dei Drg ordinari	Somma dei pesi Drg ord / N° dimessi	Media A.O.U.	↑	≥1,14	≥1,15	≥1,16
Complessità casistica	3.2	% Drg ad alta complessità	(N° di Drg ordinari con peso ≥ 3 / N° DRG ordinari) *100	Media A.O.U.:	↑	≥6,1	≥6,2	≥6,3
Occupazione posti letto	4.1	Tasso di occupazione dei posti letto ordinari	giornate di degenza ordinarie / (posti letto medi * 365)	Compreso tra l'80% e il 90% - Obiettivo fissato dall'Acc. Stato Regioni/2014	↑	91%	92%	93%
Appropriatezza ricoveri ordinari	5.1	% ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza	N° DRG ord. Inappropriati / n° DRG ord. non Inappropriati	Rapporto anno 2022 < 0,21	↓	0.13	0.12	0.12
Appropriatezza ricoveri ordinari	5.2	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 abitanti	Totale ricoveri/ popolazione residente	Valore soglia regionale <160	↓	114,7	108	107
Appropriatezza ricoveri ordinari	5.3	% frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario paz. età 65+	n° DRG frattura collo femore con degenza 0-2 gg/n° DRG frattura collo femore	≥ 60%	↑	58.45%	60%	62%
Appropriatezza ricoveri ordinari	5.5	Degenza media dei ricoveri ordinari	Giornate di degenza ricoveri ordinari / N° ricoveri ordinari	≤7 giorni Obiettivo fissato dall'Acc. Stato Regioni	≤7 gg	≤8,7 gg	≤8 gg	≤7 gg

Appropriatezza za ricoveri ordinari	5.6	Parti cesarei primari	parti cesarei primari (> 1000 parti) con nessun pregresso	% parti cesarei primari valore soglia regionale <20%	↓	34,4%	28%	22%
Appropriatezza za ricoveri ordinari	5.7	Tumori maligni mammella	N° interventi in reparti con attività chirurgica > 135 interventi	Valore regionale > 70%	↑	64.8%	68%	70%
Appropriatezza za ricoveri day hospital	5.8	Riduzione ricoveri day hospital di tipo diagnostico	Ricoveri day hospital di tipo diagnostico	-5% rispetto al 2022	↓	480	400	320
Appropriatezza za ricoveri day hospital	5.9	Riduzione accessi di tipo medico	Accessi day hospital di tipo medico	-5% rispetto al 2022	↓	-10%	-10%	-10%
Appropriatezza za attività chirurgica	6.1	N° Colectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 giorni	N° Interventi di Colectomie laparoscopiche entro 3 gg / N° interventi colectomia chirurgica	Soglia regionale ≥ 70%	↑	78.7%	79%	80%
Appropriatezza za attività chirurgica	6.2	Riduzione dei DRG medici da reparti chirurgici	= (N° DRG medici / Totale N° DGR totali) * 100	≤ 20%	↓	40%	30%	20%
Efficienza pre- operatoria	6.3	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	N° giorni di degenza pre-operatoria Drg chirurgici ord programmati / N° Drg chirurgici ord programmati	≤1,4 giorni	↓	2,0 gg	1,8 gg	1.4 gg
Appropriatezza za informativa	8.1	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIs	Nota Ministero della Salute prot. 6016 del 07/06/2019	≤15 giorni	↓	15 gg	10 gg	7 gg
Appropriatezza za informativa	8.2	Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO	Programma Nazionale Esiti, audit di verifica della qualità della codifica.	Grado di adesione alle richieste del gruppo tematico regionale "Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO"	↑	≥80%	100%	100%



## OBIETTIVI OPERATIVI DELLA PROSPETTIVA DEL CLIENTE/UTENTE

KPI operativi	Cod	Definizione	Formula	Standard di riferimento / Benchmarking	Direzione indicatore	Target anno 2022	Target anno 2023	Target anno 2024
Comunicazione e partecipazione del cittadino	9.1	Implementazione della Carta dei Servizi	Revisione, Aggiornamento Carta dei Servizi		Annuale	SI	SI	SI
Comunicazione e partecipazione del cittadino	9.2	Front Office telefonico	Punteggi: 0 - solo mattina, 25 - mattina e qualche pomeriggio; 50 am/pm < 8 ore; 75 am/pm ≥ 8 ore; 100 anche sab e dom	100	↑	50	75	75
Gradimento servizi erogati	9.3	Servizi erogati in modalità Smart Working	% di gradimento (rilevazione questionari URP)	100%	↑	90%	95%	100%
Soddisfazione dei fornitori	10.1	Percentuale di fatture pagate	(N° fatture pagate/ totale fatture) *100	100%	↑	≥93%	≥95%	≥97%
Soddisfazione dei fornitori	10.2	Tempi medi di pagamento delle fatture	N° fatture pagate entro 30 gg	15 gg	↓	≤ 30gg	≤25gg	≤ 20gg
Tempi di attesa ricoveri Classe A	11.1	Percentuale di pazienti ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione sul totale dei pazienti di Classe A	(N° pazienti ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione/ Totale dei pazienti di Classe A) *100	100%	↑	82.4%	88%	94%
Tempi di attesa ricoveri Classe B	11.2	% di pazienti ricoverati entro 60 giorni dalla data di prenotazione sul totale dei pazienti di Classe B	(N° pazienti ricoverati entro 60 giorni dalla data di prenotazione / Totale dei pazienti di Classe B) *100	100%	↑	71.7%	80%	90%

Tempi di attesa ricoveri Classe C	11.3	% di pazienti ricoverati entro 180 giorni dalla data di prenotazione sul totale dei pazienti di Classe C	(N° pazienti ricoverati entro 180 giorni dalla data di prenotazione / Totale dei pazienti di Classe C) *100	100%	↑	93%	98%	100%
Tempi di attesa ricoveri Classe D	11.4	Percentuale di pazienti ricoverati entro 360 giorni dalla data di prenotazione sul totale dei pazienti di Classe D	(N° pazienti ricoverati entro 360 giorni dalla data di prenotazione / Totale dei pazienti di Classe D) *100	100%	↑	100%	100%	100%

### OBIETTIVI OPERATIVI DELLA PROSPETTIVA DELL'APPRENDIMENTO E DELLA CRESCITA

KPI operativi	Cod	Definizione	Formula	Standard di riferimento / Benchmarking	Direzione indicatore	Target anno 2022	Target anno 2023	Target anno 2024
Formazione	12.1	Elaborazione del Piano Annuale della Formazione	Documento / delibera	SI	SI/NO	SI	SI	SI
Formazione	12.2	Implementazione del Piano annuale di Formazione	(N° eventi formativi realizzati / N° eventi previsti dal Piano di formazione) * 100	100%	↑	60%	70%	80%
Formazione	12.3	Tasso di saturazione dell'offerta formativa	N° partecipanti / N° di posti previsti	90%	↑	60%	70%	80%
Benessere e clima organizzativo	13.1	Cause per motivi di lavoro dei dipendenti comparto	(Cause per motivi di lavoro dei dipendenti comparto / numero dipendenti comparto) * 100	≤1 %	↓	≤1 %	≤1 %	≤1 %
Benessere e clima organizzativo	13.2	Cause per motivi di lavoro dei dipendenti dirigenti	(Cause per motivi di lavoro dei dipendenti dirigenza / numero dipendenti dirigenza) * 100	≤1 %	↓	1,4%	1,3%	1,0%
Benessere e clima organizzativo	13.3	Percentuale di mobilità interna del personale a tempo indeterminato.	N° richieste di trasferimento interno/N° totale personale di comparto *100.	≤10 %	↓	11 %	10 %	10 %

## OBIETTIVI OPERATIVI DELLA PROSPETTIVA DELLA TRASPARENZA, INTEGRITA' E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

KPI operativi	Cod	Definizione	Formula	Standard di riferimento / Benchmarking	Direzione indicatore	Target anno 2022	Target anno 2023	Target anno 2024
Prevenzione della corruzione	14.1	Nomina/Riconferma del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza	deliberazione	SI	SI/NO	SI	SI	SI
Prevenzione della corruzione	14.2	Gestione del Rischio – Monitoraggio di verifica	Report	SI	SI/NO	SI	SI	SI
Prevenzione della corruzione	14.3	Formazione del personale per le aree maggiormente a rischio	Proposte formative	SI	SI/NO	SI	SI	SI
Prevenzione della corruzione	14.4	Rotazione del personale	Applicazione dei principi della rotazione	SI	SI/NO	SI	SI	SI
Prevenzione della corruzione	14.5	Wistleblowing	N° segnalazioni di illeciti attraverso procedura Wistleblowing	Direttiva ANAC	N°	Procedura attiva	Procedura attiva	Procedura attiva
Trasparenza	15.1	Pubblicazione conferimento incarichi di consulenza legale	incarichi di consulenza legale	SI	SI/NO	SI	SI	SI
Trasparenza	15.2	Pubblicazione conferimento autorizzazioni personale dipendente	autorizzazioni personale tempo indeterminato	SI	SI/NO	SI	SI	SI
Trasparenza	15.3	Monitoraggio periodico degli adempimenti del Programma della Trasparenza	Monitoraggio annuale degli adempimenti	SI	Annuale	SI	SI	SI
Codice di comportamento	16.1	Adozione/aggiornamento del Codice di comportamento	Documento di aggiornamento	SI	Annuale	SI	SI	SI

## CONCLUSIONI

La presente sezione del PIAO è fondata sull'applicazione di un sistema di gestione per obiettivi e sarà implementata gradualmente nel corso del triennio. La complessità della materia trattata, la frammentarietà del contesto esterno e il carattere profondamente innovativo del PIAO suggeriscono un approccio multidisciplinare e progressivo. Se quindi, da un lato, continuerà l'approfondimento, anche metodologico, da parte della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, dall'altro è indispensabile prevedere possibili integrazioni e rimodulazioni del PIAO in corso di applicazione.



## Azienda Ospedaliero-Universitaria

San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona

Scuola Medica Salernitana

UOC Gestione Risorse Umane

Direttore: Dott.ssa Caterina Palumbo

### Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2023-2025

Lo Smart Working in Italia è legge ed è ormai nota con l'espressione di Lavoro Agile. Dopo un primo periodo sperimentale la Legge n.81 del 22 maggio 2017 ha finalmente regolato la materia del lavoro da remoto. La normativa definisce lo Smart Working in tutti suoi aspetti giuridici: diritti dello smart worker e controllo da parte del datore di lavoro, strumenti tecnologici e modalità con cui viene eseguita l'attività da remoto. Con l'emergenza sanitaria, il Lavoro Agile ha avuto un forte impulso a livello giuridico. Dall'inizio dell'epidemia a oggi, diversi provvedimenti hanno ulteriormente cambiato (e semplificato) le regole dello Smart Working, soprattutto in ambito della pubblica amministrazione.

Con le "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (Pola) e Indicatori di Performance", pubblicate il 9 dicembre 2020 L'AOU è chiamata anch'essa a trasformarsi radicalmente per diventare acceleratore di innovazione. La parte più corposa delle Linee Guida contiene delle definizioni particolarmente interessanti che elevano il POLA (seppur formalmente individuato quale specifica sezione del PIAO) a "strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo, e non di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile".

Durante l'emergenza sanitaria come quella ancora in corso, la UOC Gestione Risorse Umane ha predisposto con massima priorità tutti i possibili meccanismi che consentissero di proseguire le attività con modalità alternative a quelle in presenza. Oltre all'adeguamento delle pratiche lavorative, particolare attenzione è stata rivolta alla prevenzione e al mantenimento delle condizioni di benessere della forza lavoro.

La formula adottata a partire dal 2020 ha riguardato la partecipazione del personale non direttamente coinvolto nelle attività assistenziali (prevalentemente amministrativi, informatici, ecc.) consentendo in tal modo la continuità operativa da remoto e garantendo efficienza e produttiva anche in momenti critici. Questa filosofia manageriale fondata sulla restituzione alle persone di flessibilità e autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti da utilizzare a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati conseguenti all'emergenza COVID-19, è stata proposta come modello aziendale perseguito anche dopo la fase emergenziale, facendo però molta attenzione ai possibili rischi dovuti all'esternalizzazione dei dati aziendali che potrebbero intaccare la sicurezza e la privacy degli stessi.

Per tali motivi il Servizio Informativo Aziendale ha affinato la configurazione dei vari tools informatici (antivirus aggiornati, password impostate correttamente, tipologia di connessione utilizzata ecc....) e impostate rigide limitazioni di accesso alla rete aziendale, nel pieno rispetto della normativa europea GDPR e nel rispetto della Privacy, utilizzando sistemi di comunicazione cyber sicuri e di protezione del dato. Secondo i dati della UOC Gestione Risorse Umane l'adesione allo Smart Working nel 2022 ha riguardato il 20% del personale che ne ha fatto richiesta e in possesso degli strumenti tecnologici per poterlo fare.

Il direttore UOC Gestione Risorse Umane  
Dott.ssa Caterina Palumbo



A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona  
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione  
2023 – 2025

(Art. 1, commi 8 e 9, della L. 6.11.2012 n. 190 recante le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)

## Sommario

INTRODUZIONE	4
PRINCIPALE NORMATIVA DI RIFERIMENTO, MATERIALI, SITI WEB, LINK	5
Normativa	5
Siti web	8
Link	8
PARTE PRIMA - IL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE ED IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE AZIENDALE	9
Le strategie di prevenzione della corruzione a livello nazionale	11
Il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) obiettivi e contenuti al piano aggiornamento 2023-2025	11
Disposizioni Finali	13
Obiettivi e contenuti del piano	14
Soggetti concorrenti alla prevenzione a livello decentrato	16
Il Direttore Generale	16
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione	17
I Referenti per la prevenzione della corruzione	21
Trasparenza ed Integrità	23
I Dirigenti	24
L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	24
Il Coordinamento tra P.T.P.C. e Piano della Performance	26
I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda	27
PARTE SECONDA - LE AREE A RISCHIO DELL'AZIENDA	28
Il processo di gestione del rischio	28
Analisi del contesto esterno	29
Analisi del contesto interno	31
Aree di rischio obbligatorie	34

Aree di rischio generali	35
Aree di rischio specifiche	36
La mappatura delle Aree di rischio obbligatorie, generali e specifiche	37
<b>PARTE TERZA - LE MISURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO</b>	<b>37</b>
1 Il Codice di comportamento e diffusione di buone pratiche e valori	38
2 La rotazione del personale	39
3 L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	41
4 Lo svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali	43
5 Il conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage-revolving doors) ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali	45
6 L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	45
7 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	47
8 La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. <i>whistleblower</i> )	50
9 La formazione	51
10 I Patti di integrità negli affidamenti	54
11 Le azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	55
12 Dichiarazioni di conoscibilità delle relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.	56
13 Qualificazione della Stazione Appaltante	56
<b>PARTE QUARTA - IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'</b>	<b>58</b>
Introduzione al Programma	58
Principale normativa di riferimento	58
Le sanzioni per violazione degli obblighi di trasparenza	64
Allegati	66

## INTRODUZIONE

Il presente Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) è redatto in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”. Come già specificato nel Piano Nazionale anticorruzione, **la definizione del fenomeno corruttivo va intesa non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la “mala - amministrazione”, intesa come “assunzione di decisioni (di assetto d’interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte d’interessi particolari”. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell’interesse pubblico e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.**

Il PTPC è da considerarsi uno strumento di lavoro che va implementato e aggiornato periodicamente, anche grazie al graduale affermarsi degli strumenti di analisi e di studio che sono previsti e dei contributi dei vari portatori d’interesse aziendali (“stakeholders”), a seguito di nuove disposizioni legislative o d’indirizzo. Destinatario del PTPC è tutto il personale dell’Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona di Salerno.

Il PTPC è pubblicato sul sito internet aziendale e una copia dello stesso deve essere consegnata al personale di nuova assunzione. La sua violazione costituisce illecito disciplinare ai sensi dell’art. 1 c. 14 della Legge 190/2012 sopra citata.

### **Aggiornamento del PTPC- 2023-2025**

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona 2023-2025 – si pone in progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2019 e tiene conto del Documento “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” approvato dal Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione. Preliminarmente si evidenzia che l’Azienda rientra tra i soggetti tenuti all’adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione ai sensi del d.l. n. 80/2021. La centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del Paese, in cui si inserisce il PIAO, è stata chiaramente affermata nel PNRR. Il PTPC costituisce un atto organizzativo fondamentale dell’Amministrazione, in quanto consente di migliorare i processi decisionali, con l’obiettivo di eliminare/ridurre quei comportamenti che danno luogo a situazioni di cattiva amministrazione, incentivando così un agire secondo criteri di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità. Ed è proprio nell’ottica del miglioramento dei processi decisionali che il Legislatore ha ritenuto

necessaria l'integrazione del PTPC con altri strumenti di programmazione e di valutazione, primi fra tutti, i documenti di rappresentazione della performance, aventi anch'essi la finalità di migliorare la qualità dei servizi offerti. Il Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a

semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, stabilisce a grandi linee i tre capisaldi che guideranno i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione:

- Digitalizzazione;
- Reingegnerizzazione dei processi;
- Semplificazione.

Il Legislatore, consapevole del ruolo nevralgico che assumeranno le amministrazioni pubbliche nella realizzazione degli interventi previsti nel PNRR, con il Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha definito un modo operandi a "rete" teso a garantire il rafforzamento della capacità funzionale delle stesse. In particolare, all'art. 6 del citato decreto-legge ha introdotto uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche – il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) – che, anche in un'ottica di semplificazione degli strumenti programmatici esistenti, dovrebbe determinare una logica integrata di pianificazione rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle stesse. L'elaborazione del piano si articola in: una parte riservata alle modalità di svolgimento del processo di gestione del rischio, compresa la descrizione e programmazione delle attività attuative delle misure di carattere generale e una parte riservata alla misura della trasparenza, i quali obblighi di trasparenza, saranno aggiornati successivamente la promulgazione del nuovo codice dei contratti ai fini degli obblighi di trasparenza. Il Piano sarà aggiornato successivamente la promulgazione del nuovo codice di contratti.

## Principale normativa di riferimento, materiali, siti web, link

### Normativa

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”.
- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, recante “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e ss.mm.ii”.
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, avente a oggetto “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013.
- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, avente ad oggetto “Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” e n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto “d.lgs. n. 33 del 2013 -attuazione della trasparenza”;
- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione
- Intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013.
- Delibera n° 1309 del 28/12/2016 G.U. 10 gennaio 2017 recante Indicazioni Operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'Accesso Civico de cui all'art. 5 CO. 2 del d.lgs. 33/2013 Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- Delibera n°1310 del 2017 recante “indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità,

trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2017

- Delibera della CIVIT n. 75/2013 recante le “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001);
- Delibera dell’ANAC n. 146/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati;
- Delibera dell’ANAC n. 149/2014 ad oggetto “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”.
- D.L. n. 66 del 2014 Misure urgenti per la Competitività e la giustizia Sociale
- D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazione in L. 11 agosto 2014 n. 114 Misure Urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari
- Circolare n. 6 del 2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione Interpretazione e applicazione dell’articolo 5, comma 9, del decreto-legge n.95 del 2012, come modificato dall’articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n.90
- Delibera dell’ANAC n.10 del 2015 Individuazione dell’autorità amministrativa competente all’irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza(art.47 del d. lgs.33/2013)
- Delibera dell’ANAC n 22 del 2014 pubblica il 15 Dicembre 2014 Attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 9 , comma 7 e 10, commi 3 e 4 lettere a)e b) del decreto-legge 24 aprile 2014 n.66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89
- Determinazione dell’ANAC n.1 del 2015 Criteri interpretativi in ordine alle disposizione dell’art. 38, comma 2-bis e dell’art.46, comma 1-ter del D.Lgs. 12 Aprile 2006, n. 163.
- Decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all’ANAC
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015–Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato. GU Serie Generale n.291 del 14-12-2017

- Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). GU n.205 del 4-9-2018 Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n.101
  
- Al link che segue sono disponibili tutti i provvedimenti adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione inerenti le disposizioni per l'emergenza da Coronavirus: [https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Attivitadocumentazione/Emergenza- Covid-19](https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Attivitadocumentazione/Emergenza-Covid-19);
  
- D.L. 31/12/2020 n. 183 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall'Unione europea.” all'art. 1 comma 16 (c.d. *Milleproroghe*)

## **PARTE PRIMA - IL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE ED IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE AZIENDALE**

La Legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", entrata in vigore il 28.11.2012, introduce anche nell'ordinamento italiano un sistema organico, anche se perfettibile, di prevenzione della corruzione, il cui aspetto caratterizzante consiste nell'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli:

- ad un primo livello, quello "nazionale", l'ANAC predispone e approva il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA);
- al secondo livello, quello "decentrato", ogni amministrazione pubblica definisce un Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) che, anche sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

La pubblicazione dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, con la Determinazione Anac n. 12 del 28 ottobre 2015 e del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, ha consentito di avviare una riflessione sull'esperienza di questo primo periodo di attività di prevenzione della corruzione, finalizzata a ridurre le problematiche rilevate e a migliorare il processo di programmazione ed attuazione delle attività di prevenzione della corruzione.

I dati di verifica e monitoraggio del campione dei Piani di Prevenzione della Corruzione, presi in considerazione dall'ANAC nell'ambito dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, presentavano una situazione di grave ritardo ed inadeguatezza della programmazione ed una sostanziale distanza fra quanto messo in campo e gli obiettivi definiti dalla normativa e indicati dal PNA. Nell'ambito del successivo PNA 2016, tale criticità risulta sostanzialmente confermata. L'analisi di un ulteriore campione di PTPC adottati nel 2016 ha confermato le difficoltà delle amministrazioni a procedere nella giusta direzione e, soprattutto, che tali difficoltà non sembrano legate alla specifica complessità dell'attivazione di un sistema di prevenzione, ma ad una più generale difficoltà nella:

- auto analisi organizzativa;
- conoscenza sistematica dei processi svolti;
- conoscenza sistematica dei procedimenti amministrativi di propria competenza;
- programmazione unitaria di tutti questi processi di riorganizzazione.

La centralità dell'intervento che si intende promuovere nell'ambito dell'aggiornamento del PTPC 2023 – 2025 è quella di superare tali difficoltà, tenendo conto, in particolare, degli elementi di analisi ed approfondimento delle problematiche che interessano il settore SANITA', contenuti nella Determinazione ANAC n. 12 del 28.10. 2015 e nella Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 e nella Delibera ANAC n° 1208 del 22 Novembre 2017 e della Delibera 1064 del 13 Novembre 2019, cercando di adeguarli e renderli aderenti alla realtà dell'Azienda.

In data 11.09.2013 l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC, ex CIVIT) ha approvato il primo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), allora elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica in base a quanto stabilito dalla Legge n. 190/2012.

Il PNA:

- contiene gli obiettivi strategici statuali per lo sviluppo della strategia di prevenzione a livello centrale;
- fornisce indirizzi e supporto alle amministrazioni pubbliche per l'attuazione della prevenzione della corruzione e per la stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

La funzione principale del PNA è quella di assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione e di trasparenza, elaborate a livello nazionale e internazionale. La sua adozione si configura come un processo ciclico in cui le strategie e gli strumenti vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

Sono destinatarie del PNA tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165/2001. Gli indirizzi contenuti nel PNA hanno come destinatari anche le regioni, gli enti del S.S.N., gli enti locali e gli enti ad essi collegati, fermo restando quanto previsto dall'Intesa raggiunta in sede di Conferenza unificata il 24.07.2013 ai sensi dell'art. 1, commi 60 e 61, della Legge n. 190/2012.

## **Le strategie di prevenzione della corruzione a livello nazionale**

La formulazione della strategia nazionale anticorruzione è finalizzata al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici ed azioni:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

Il PNA contiene una elencazione analitica delle misure attuative volte alla realizzazione dei predetti quattro obiettivi strategici, con indicazione dei soggetti istituzionali competenti e dei relativi tempi di attuazione, che costituisce il target di riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni.

## **Il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) aggiornamenti al piano 2023-2025**

Il PTPC 2023 - 2025 tiene anche conto delle indicazioni contenute nel PNA 2016, 2017, 2019 e 2022 .

La strategia aziendale nell'aggiornamento al PTPC 2023 - 2025, è la seguente:

- 1 corretta gestione del c.d. whistleblowing e aggiornamento della policy aziendale successivamente in recepimento della Direttiva UE 1937/2019 – 2023 Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 (G.U. n.63 del 15-3-2023) in vigore dal 31 marzo 2023;
- 2 avvio dell'istituzione del registro dell'accesso civico informatizzato per le istanze di accesso così come previsto dal d.lgs. 97/2017;
- 3 formazione in “house” per l'area degli appalti con 5 giornate dedicate al nuovo Codice dei Contratti Pubblici;
- 4 formazione in “house” per tutte le UU.OO.CC e Servizi responsabili degli obblighi di pubblicità, per il rilascio del software di gestione dell'Amministrazione Trasparente;

- 5 proposta di rotazione del personale della Dirigenza e del comparto per le aree sensibili;
- 6 aggiornamento Codice di Comportamento;
- 7 adozione Codice etico Aziendale.

L'aggiornamento del PTPC 2023 -2025 si pone come obiettivo alcuni punti indicati di seguito:

- a) nuova valutazione dell'analisi del diverso livello di esposizione delle Unità Operative al rischio di corruzione, individuando le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio medesimo, sulla base della individuazione preventiva delle "Aree di rischio": obbligatorie, generali e specifiche;
- b) individuazione dei correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. La fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di contemperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse;
- c) definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, laddove possibile, la rotazione di dirigenti e funzionari;
- d) individuare ai sensi del piano, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. A tal riguardo è stata prevista una specifica formazione per le aree a rischio nel Piano Formativo Aziendale 2022 e ripreso nel 2023;
- e) stabilire, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del piano, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano; (monitoraggi periodici sull'informazione scientifica, sul servizio ispettivo interno e la pubblicazione dei dati riferiti al registro dell'accesso civico-accesso civico generalizzato);
- f) definire procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- g) definire procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- h) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- i) disciplinare specificamente le seguenti misure obbligatorie di prevenzione:

- ✓ Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- ✓ Patti di integrità negli affidamenti;
- ✓ Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito attraverso procedura informatica dedicata;
- ✓ Servizio ispettivo interno, attivazione sui temi previsti dal regolamento allegato alla delibera n° 211/2017;
- ✓ la formazione del personale di coordinamento di UU.OO.CC e di Dipartimento Assistenziale Integrato, e per l'area Gestione delle Risorse Umane e per tutte le UU.OO.CC. amministrative, tecniche e professionali;
- ✓ Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- ✓ Formazione dedicata sugli aspetti legati alla prevenzione della Corruzione nella pubblica amministrazione, con particolare attenzione alla stazione appaltante dell'Azienda.

Il presente documento è da ritenersi integrato e coordinato con:

- **la Direttiva annuale del Direttore Generale**, approvata con Delibera n. 769 del 24.11.2022;
- **il Piano triennale della Performance 2022 – 2024**, approvato con Delibera n°227 del 30 Marzo 2022. Al suo interno, al fine di rappresentare in modo comprensibile ed efficace le aree strategiche dell'Azienda, si è scelto di utilizzare la prospettiva del balanced score card, suddividendo le stesse nelle quattro prospettive (o aree strategiche) fondamentali: la prospettiva economico-finanziaria; la prospettiva dei processi interni aziendali; la prospettiva del cliente/utente; la prospettiva dell'apprendimento e della crescita. A queste è stata aggiunta una quinta dimensione, la prospettiva della trasparenza, integrità e di prevenzione della corruzione, a cui vengono attribuiti specifici obiettivi;
- **il processo di budget 2023**, è stato implementato, attraverso l'attribuzione alle varie Unità Operative aziendali degli obiettivi specifici relativi la Prevenzione della Corruzione della Trasparenza e dell'Integrità.

Si opera, altresì, un rinvio agli allegati al presente atto contenenti: Patto di Integrità, Misure di Trasparenza ed accountability, elenco delle misure identificate ai rischi delle UU.OO.CC Tecniche, Amministrative, Professionali, Sanitarie ed Assistenziali frutto della precedente rilevazione. Le quali costituiscono parte integrante al presente atto.

### **Disposizioni Finali**

Infine, il presente Piano della Prevenzione della Corruzione si applica, per quanto compatibile in

relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, Collegio di Direzione, Collegio Sindacale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione, a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- a) Docenti Universitari con incarico Dirigenziale;
- b) Specialisti ambulatoriali;
- c) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- d) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- e) Personale assunto con contratto di somministrazione;
- f) Borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della UOC Gestione delle Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e del Codice di Comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del PTPC e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'Azienda nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

### **Obiettivi e contenuti del piano**

Con l'aggiornamento e l'adozione del presente Piano, l'Amministrazione intende perseguire un duplice ordine di finalità:

- in primo luogo, contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla citata normativa, il fenomeno dell'illegalità, consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali;
- in secondo luogo, ma non per ordine di importanza, creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di

cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

Il PTPC rappresenta lo strumento attraverso il quale l'azienda sistematizza e descrive un processo articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che consiste essenzialmente nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di possibile esposizione al fenomeno corruttivo.

Il PTPC risponde alle seguenti esigenze:

- a) valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) definizione delle procedure per l'effettuazione di analisi, di valutazioni, di proposte, con i dirigenti e il personale addetto alle aree a più elevato rischio;
- c) monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- d) rilevazione e adozione delle misure di contrasto rispetto a rischi identificati quali:
  - d1) introduzione/sviluppo di forme di controllo interno dirette a prevenire e consentire l'emersione della corruzione;
  - d2) meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
  - d3) valutazione della possibilità di garantire sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, attraverso la definizione di regolamenti, protocolli operativi e attività proceduralizzate per tutti i processi aziendali considerati a maggior rischio con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- e) effettiva attivazione della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, ai sensi del comma 51 L. 190/2012, attraverso la previsione di adeguate forme di tutela in capo al segnalante, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- f) obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- g) 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 eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i

dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

h) adozione di misure che garantiscano:

h1) il rispetto delle norme del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 L.190/2012;

h2) l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri di comportamento, tra cui dovrà rientrare il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale.

Infine, secondo quanto raccomandato dalla Determinazione ANAC n.12/2015, il **Programma per la trasparenza e l'integrità** viene allegato al Piano e sarà aggiornato successivamente la promulgazione del nuovo codice dei contratti.

### **Soggetti concorrenti alla prevenzione a livello decentrato**

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- i Referenti per la Prevenzione della Corruzione per l'area di rispettiva competenza;
- tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione e altri organismi di controllo interno;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, (UPD);
- i dipendenti ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

### **Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale, ai sensi della Legge 190\2012 della Circolare del DFP n°1- 2013 e del PNA, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- adotta il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione ed i successivi aggiornamenti;
- assicura al Responsabile della Prevenzione lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale ed un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali, a titolo meramente esemplificativo, il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001;

adotta tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quale, a titolo di esempio, il Codice di Comportamento aziendale, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra il Piano e gli altri atti di programmazione aziendale.

## **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Dr.ssa Esposito Lucia è stata nominata con delibera n°511/2022. Il Responsabile è coadiuvato dal Collaboratore Professionale Sanitario Dott. Vincenzo Andretta nominato con nota prot. n.ri° 1449/2017 e 23045/2020.

L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione si configura come incarico aggiuntivo alle normali attribuzioni e per la sua complessità necessita di un apposito ufficio con appropriate risorse umane e strumentali, così come indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione. A seguito di valutazione positiva del suo operato, viene remunerato attraverso il fondo di risultato. Non possono cumularsi l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, potendo sussistere un potenziale conflitto di interesse. Non può essere nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione un Dirigente che sia stato destinatario di provvedimenti giudiziari di condanna o di provvedimenti disciplinari e che non abbia dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo.

Le attività e le funzioni assegnate dalla Legge al Responsabile della Prevenzione della Corruzione possono essere di seguito sintetizzate, a solo scopo esemplificativo, in virtù della legge 190/2012:

- elaborare la proposta di Piano della Prevenzione alla Corruzione;
- proporre la tipologia di attività espletate dagli Uffici a maggior rischio di corruzione;
- proporre le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione su proposta dei Dirigenti di Unità Operativa e su temi di etica e legalità;
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità;
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verificare, d'intesa con i Dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- verificare il comportamento dei dipendenti che possano far supporre comportamenti

corruttivi, anche in via potenziale, richiedere spiegazioni su procedimenti, effettuare ispezioni e verifiche per il rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità dei procedimenti;

➤ pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno sul sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività svolta.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare; nel caso riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale; in ipotesi riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato deve presentare denuncia alla competente Procura della Repubblica e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, e dell'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Unificata il 24 Luglio 2013 e della Delibera dell'ANAC n. 149/2014;

➤ il Responsabile Anticorruzione, cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto medesimo sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;

➤ segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato decreto legislativo;

➤ ai sensi dell'art.15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n.62, il Responsabile della Prevenzione della corruzione cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione dei risultati del monitoraggio. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, l'ufficio procedimenti disciplinari opera in raccordo con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Per l'espletamento dei suoi compiti il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

➤ effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;

- accedere ad ogni tipologia di documento aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente.

Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione, comunque motivato, è comunicato all'Autorità Nazionale Anticorruzione che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

Nel caso in cui nei confronti del dirigente Responsabile della Prevenzione della Corruzione siano avviati procedimenti disciplinari o penali si procede all'applicazione dell'obbligo di rotazione ed alla conseguente revoca dell'incarico.

Infine, la responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Tutte le comunicazioni con il Responsabile per la prevenzione della corruzione, quali trasmissioni di atti, dati, documenti, relazioni, devono avvenire attraverso le apposite caselle e-mail:

- [anticorruzione@sangioannieruggi.it](mailto:anticorruzione@sangioannieruggi.it);
- [trasparenza@sangioannieruggi.it](mailto:trasparenza@sangioannieruggi.it);
- [trasparenzaedintegrita@pec.sangioannieruggi.it](mailto:trasparenzaedintegrita@pec.sangioannieruggi.it)

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previsti consistenti responsabilità in caso di inadempimento.

In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui all'art. 1 comma 5 della Legge n. 190/2012 e di aver osservato le prescrizioni di cui all'art. 1 commi 9 e 10 della stessa legge;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

In tal caso, la sanzione disciplinare a carico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.

In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il Responsabile della

Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio della corruzione, da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale. La previsione di questa responsabilità dirigenziale rende necessaria la creazione di un collegamento tra l'adempimento normativamente richiesto e gli obiettivi individuati in sede di negoziazione dell'incarico dirigenziale e nello stesso inseriti.

Il Collaboratore del Responsabile RPCT svolge le seguenti funzioni:

svolge l'attività di supporto alla programmazione e stesura del PTPC; il reporting sulla trasparenza e gli obblighi di pubblicità; monitora ed approfondisce l'analisi del contesto e dei processi mappati con reporting periodico, propone in esito all'analisi dei fabbisogni specifici per le aree a rischio la progettazione delle iniziative di formazione dedicate, analizza il grado di raggiungimento degli obiettivi di Budget rispetto alla dimensione della Trasparenze e dell'integrità, monitora gli adempimenti in capo al RPC e promuove che siano resi nei termini previsti. Monitora e rendiconta sulle misure obbligatorie e speciali previste nel piano triennale della prevenzione della Corruzione. Verifica e sensibilizza i vari Dirigenti per gli adempimenti sulle banca dati PERLAPA, BNCP, ed AUSA-(RAUSA). L'attività di controllo è **finalizzata al miglioramento dei processi e alla verifica del pieno raggiungimento degli obiettivi aziendali**, non solo alla rilevazione di inadempienze e non conformità, con proposte e suggerimenti effettivamente attuabili e che tengano anche conto dei vincoli presenti nell'individuare le soluzioni. L'attività è svolta con la funzione di prevenzione della corruzione prevista dalla legge 190 del 2012 e gli strumenti e le attività di controllo rientrano fra le misure che l'azienda introduce per prevenire il fenomeno corruttivo. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si avvale, per la gestione dell'istruttoria delle segnalazioni del whistleblowing secondo i compiti e doveri dell'ufficio, del contributo del collaboratore.

In ultimo, è istituito presso l'ufficio il Registro dell'Accesso Civico ed Accesso Civico Generalizzato secondo il regolamento vigente. Nel corso dell'anno 2023 sarà avviato l'istituzione del registro per l'accesso civico informatizzato. A tal fine, il collaboratore del Responsabile della Prevenzione predispone gli atti per la corretta gestione del registro dell'Accesso Civico.

Successivamente l'adozione del Regolamento al Contrasto ai fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminose e finanziamento del terrorismo, il collaboratore del Responsabile collabora altresì per tutti gli adempimenti previsti al regolamento adottato. Si rinvia ad un ulteriore aggiornamento del regolamento dopo la sua primissima applicazione pratica.

Infine, l'ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione si avvale della Commissione ispettiva Aziendale per le attività che dovessero di volta in volta, scaturire da eventuali o potenziali episodi distorsivi dell'interesse pubblico.

## **I Referenti per la prevenzione della corruzione**

Stante la complessità organizzativa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno ove, oltre alla sede principale "Ruggi", sono presenti le sedi "G. Fucito" di Mercato San Severino, "G. Da Procida" di Salerno, "S. Maria dell'Olmo" di Cava de' Tirreni e "Costa d'Amalfi" di Castiglione di Ravello e con la presenza complessiva di circa 2.800 dipendenti, con il presente Piano, si individuano quali Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione tutti i Direttori/Responsabili delle varie articolazioni in cui si sviluppa l'Azienda secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale attualmente vigente.

I Referenti per la prevenzione della Corruzione costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e delle segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, fermo restando i compiti del Responsabile e le conseguenti responsabilità, che non possono essere derogati.

I Referenti sono individuati, di norma, nei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche. In aggiunta possono, altresì, essere individuati quali Referenti ulteriori dirigenti in possesso di specifica professionalità.

L'incarico di Referente del Responsabile della Prevenzione della Corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto dal dirigente individuato e non dà luogo ad alcuna remunerazione.

I Referenti concorrono:

- ad individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- ad assicurare obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

- a monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

I Referenti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione concorrono, altresì, con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e con il Responsabile della trasparenza ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, la esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, in qualità di Responsabili delle articolazioni cui sono preposti, al fine di garantire lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al Responsabile della prevenzione della corruzione, sono tenuti, nell'esercizio delle loro funzioni, ad assicurare che:

- l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'*input* ricevuto.

**I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, nell'esercizio delle funzioni di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.**

Analogo raccordo e coordinamento, operativo e dinamico, va costantemente e sistematicamente mantenuto tra i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, per l'area di rispettiva competenza, svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'Azienda, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale.

In particolare, i Referenti individuati, i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Responsabili delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

**Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa, così come agli artt. 8-9 del Codice di Comportamento adottato con delibera 211 del 17 Marzo 2017 è valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e ai fini della responsabilità disciplinare.**

**I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione concorrono con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione a curare la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

### **Trasparenza ed Integrità**

Successivamente l'entrata in vigore del d.lgs. 97/2016 che ha modificato e integrato la legge n°190/2012 e il d.lgs. n.33/2013 il Responsabile della Corruzione è anche soggetto di riferimento per la Trasparenza amministrativa. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza e quindi il Responsabile:

- svolge le funzioni indicate dall'art. 43 del d.lgs. 33/2013;
- raccorda l'attività di prevenzione della corruzione, anche ai fini del coordinamento con il Programma triennale della trasparenza. (allegato al PTPC)

### **I Dirigenti**

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel PTCP;
- garantiscono la pubblicazione e la trasmissione degli atti ai fini della trasparenza amministrativa e dell'accountability.

A norma dell'art. 1 comma 33 Legge n. 190/2012 la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D. Lgs. n. 198/2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001ess.mm.ii.;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

### **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

Le responsabilità dell'O.I.V. sono rubricate all'art. 41 del Dlgs. 97/2016, comma 1, lett. h), che sancisce: *“L'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla Performance, che i piani triennali della prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e validazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'ottemperanza dell'anticorruzione e della trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al R.P.C.T. le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo. L'O.I.V. riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e sullo stato di attuazione della trasparenza”*.

La responsabilità che attiene all'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e/o del relativo aggiornamento compete all'organo di indirizzo politico dell'ente, il quale avalla gli obiettivi strategico-gestionali proposti dal R.P.C.T. in materia e orienta le politiche di contrasto alla corruzione. Le attestazioni O.I.V., rilasciate ai sensi della delibera ANAC 236/2017 e quelle rilasciate ai sensi della delibera 141/2019, 2020 e 2021 sono consultabili sul sito nella sezione web

Amministrazione Trasparente.

L'elemento innovativo, introdotto dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016 (FOIA), è rappresentato dall'obbligo da parte dell'OIV di valutare la performance organizzativa e individuale anche sulla base dell'osservanza delle misure di prevenzione della corruzione. In tal senso, l'O.I.V. è chiamato a validare non solo l'attuazione degli adempimenti in materia di performance e di trasparenza, ma anche l'applicazione delle misure di contrasto alla corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, coadiuvato dal suo ufficio, svolge, in ossequio al disposto normativo di cui all'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, anche le funzioni di Responsabile della Trasparenza e Gestore dell'Antiriciclaggio. Al fine di assicurare adeguato supporto alle attività di prevenzione corruzione e trasparenza, deve essere garantita in modo permanente l'operatività dell'ufficio del Responsabile della Corruzione. A tal fine il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si avvale dell'ausilio della commissione ispettiva interna (Delibera 268/2016).

L'ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione costituisce una vera e propria "cabina di regia" funzionale alla predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, ma altresì al monitoraggio dell'attuazione delle misure in esso contenute. Esso ha dunque una valenza trasversale, essendo impostato secondo un modello di "processo a catena".

La programmazione delle attività attuative delle misure generali descritte di seguito è stata, poi, preventivamente condivisa con la Direzione Strategica aziendale in considerazione non solo dei profili strettamente connessi alla programmazione strategica ed operativa, ma anche perché si tratta di strumenti ad applicazione generalizzata e di governo di sistema che incidono sull'apparato complessivo della prevenzione della corruzione e intervengono in materia trasversale sull'intera amministrazione. La condivisione con la Direzione Strategica Aziendale, pertanto, rafforza l'attività di coordinamento dell'azione amministrativa.

## **Il Coordinamento tra P.T.P.C. e Piano della Performance**

La legge n. 190/2012 prevede che *"l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei*

*documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione” (art. 1, co. 8, come novellato dal d.lgs. n. 97/2016). L’art. 44 d.lgs. n. 33/2013, inoltre, prevede che “l’Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l’adeguatezza dei relativi indicatori”.*

Pertanto, come già evidenziato nella determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e ribadito nella delibera ANAC n. 831 del 03 agosto 2016, esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e Piano triennale di prevenzione della corruzione. Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l’attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

Come previsto dall’ANAC, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della Performance sotto due profili:

- le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- le misure della prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. A tal fine per l’anno 2022, accogliendo le indicazioni pervenute dall’Organismo di Valutazione, sono stati comunicati gli obiettivi di Trasparenza e Anticorruzione per le funzioni Tecniche, Amministrative e Professionali e per tutte le strutture organizzative Sanitarie assistenziali e riabilitative.

## **L’Ufficio Procedimenti disciplinari**

L’Ufficio Procedimenti disciplinari, relativamente alle attività di prevenzione della corruzione, svolge le seguenti funzioni:

- attiva e definisce i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell’autorità giudiziaria;
- propone l’aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in stretta collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell’ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell’autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- trasmette le informazioni segnatamente i provvedimenti disciplinari all’Ispettorato del Lavoro della Funzione Pubblica ( d.lgs. 75/2017 G.U. n°130 del 7 giugno 2017);

➤ cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.

## **I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda**

Come ribadito dall'ANAC nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 e nella delibera n. 831 del 03 agosto 2016, il coinvolgimento di tutto il personale (ivi inclusi i collaboratori esterni) è decisivo per la qualità del PTPC e delle relative misure.

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC, segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente o al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, segnalano casi di personale conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, co. 14, L. n. 190/2012).

Anche nel triennio 2023-2025 nei contratti individuali di lavoro stipulati con ciascun nuovo dipendente, in occasione della prima assunzione in servizio, sarà previsto l'obbligo, a carico degli stessi, di osservanza delle prescrizioni previste dal presente PTPC. Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano di prevenzione della corruzione e del Codice di Comportamento. Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti. È fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo della reputazione.

## **PARTE SECONDA - LE AREE A RISCHIO DELL'AZIENDA**

### **Il processo di gestione del rischio**

**Compito precipuo del PTPC è quello di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione delle Unità Operative aziendali al rischio di corruzione e di indicare gli interventi**

**organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.**

Il PTPC è quindi un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

**A riguardo, la Determinazione ANAC n. 12/2015 forniva le seguenti indicazioni metodologiche:**

- a) **analisi del contesto esterno ed interno;**
- b) **mappatura dei processi riguardante le “aree” obbligatorie, generali e specifiche;**
- c) **la valutazione del rischio;**
- d) **il trattamento del rischio, che deve consistere in misure concrete, sostenibili e verificabili.**

Ai fini di una migliore impostazione e realizzazione del processo di gestione del rischio, la determinazione ANAC n. 12/2015 raccomandava di tenere conto dei seguenti principi.

La gestione del rischio di corruzione:

- a) va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. Pertanto, non è un processo formalistico né un mero adempimento burocratico;
- b) è parte integrante del processo decisionale. Pertanto, essa non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
- c) è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPC per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance o in documenti analoghi. L'attuazione delle misure previste nel PTPC è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;
- d) è un processo di miglioramento continuo e graduale. Essa, da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;

- e) implica l'assunzione di responsabilità. Essa si basa essenzialmente su un processo di diagnosi e trattamento e richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPC;
- f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC). Essa non deve riprodurre in modo integrale e acritico i risultati della gestione del rischio operata da altre amministrazioni (ignorando dunque le specificità dell'amministrazione interessata) né gli strumenti operativi, le tecniche e le esemplificazioni proposti dall'Autorità o da altri soggetti (che hanno la funzione di supportare, e non di sostituire, il processo decisionale e di assunzione di responsabilità interna);
- g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

### **Analisi del contesto esterno**

L'Analisi SWOT è una delle metodologie attualmente più diffuse per l'analisi di contesti economico-gestionali complessi. Si tratta di uno strumento che guida nell'analisi critica di informazioni differenti e complementari relative ad un determinato contesto di riferimento e che consente di trarre informazioni ed indicazioni per la definizione di opportune strategie di sviluppo e/o politiche di intervento. L'efficacia dell'analisi SWOT dipende, in modo cruciale, dalla capacità di effettuare una lettura "incrociata" di tutti i fattori individuati nell'istante in cui si delimitano le politiche. È necessario basarsi sui punti di forza e smussare le carenze per massimizzare le opportunità e moderare i rischi.

Dunque, lo scopo dell'analisi è quello di mettere in evidenza le opportunità di sviluppo di un determinato contesto, attraverso la valorizzazione degli elementi di forza e il contenimento delle debolezze.

L'analisi SWOT consente, perciò, di identificare le principali linee guida strategiche in relazione ad un obiettivo di sviluppo, al fine di implementare nel nostro caso: il valore, il merito e la responsabilità rispetto le risorse allocate, così come definito dagli obiettivi del PTPC 2022 – 2024 descritto in precedenza.

	Punti di Forza	Punti di debolezza
Contesto interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di riferimento per il trattamento dell'Ictus -rete STROKE-</li> <li>• Centro di riferimento per la rete dell'Emergenza di 2° Livello</li> <li>• Centro di Riferimento per le Malattie Rare</li> <li>• Innovazione Tecnologica</li> <li>• Sede di Formazione Universitaria per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia - Odontoiatria e delle Professioni Sanitarie</li> <li>• Alta eterogeneità e complessità case mix trattati</li> <li>• Inserimento di nuovo personale Medico, Infermieristico, Sanitario e Tecnico</li> <li>• Implementazione del nuovo modello di Risk Management Aziendale</li> <li>• Inserimento di nuovi Dirigenti Amministrativi e Tecnici</li> <li>• Qualificazione della Stazione Appaltante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scarsa conoscenza del nuovo modello Organizzativo Aziendale e dei documenti di organizzazione</li> <li>• scarsa aderenza alla valutazione del merito</li> <li>• scarsa conoscenza di tutti gli applicativi gestionali per il governo delle UU.OO.CC e dei servizi sanitari da parte del personale sanitario</li> <li>• scarsa conoscenza di tutti gli applicativi gestionali per il governo e il reporting delle attività correlate ai fattori produttivi</li> <li>• mancata valorizzazione della produzione aziendale in considerazione dei precedenti punti su-citati</li> <li>• sistema informativo non del tutto integrato</li> <li>• resistenza al cambiamento</li> </ul>
Contesto esterno	<p>Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visibilità Aziendale per i risultati conseguiti analizzati dal Piano Nazionale Esiti</li> <li>• Piano di efficientamento Economico Finanziario rispetto i fattori produttivi</li> <li>• Costituzione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona</li> <li>• Nuovo Piano Sanitario Regionale</li> <li>• Progetto per il Nuovo Ospedale</li> <li>• Valorizzazione delle Eccellenze</li> <li>• Piano Aziendale della Comunicazione</li> <li>• Nomina del Responsabile Aziendale della Transizione alla Modalità Digitale</li> </ul>	<p>Minacce</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostituzione della Direzione Strategica nel corso del mandato istituzionale</li> <li>• Rallentamento istituzionale per la stabilizzazione del precariato</li> <li>• Eccesso di regolamentazione organizzativa rispetto specifici percorsi assistenziali.</li> <li>• asimmetria informativa</li> </ul>

Nell'esperienza pratica di questa Azienda, la principale fonte di informazioni provenienti dal contesto esterno, a disposizione del RPC, per quanto parziale, risulta essere quella fornita dai mass media. Va qui registrato che per l'anno 2022 ci sono state 5 segnalazioni effettuate sul sistema di massima tutela whistleblowing. Per nessuna di esse è stata attivata la comunicazione formale all'A.G.. L'attenzione dei mass media locali all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Salerno è costante e questo non deve stupire, sia per l'importanza dell'Azienda stessa, che costituisce una delle principali realtà produttive locali, sia per la doverosa attenzione ai temi legati alla salute, sia anche per il "clima" locale che risente di un ambiente di provincia in cui l'Azienda è vista principalmente come "l'ospedale della città di Salerno".

Gli articoli che riguardano l'Azienda spaziano quindi dalle novità che caratterizzano l'attività dell'Azienda, alla nuove discipline Medico - Chirurgiche di natura Universitaria, ai risultati di prestigio talvolta raggiunti, ai conflitti tra Direzione aziendale e sindacati, fino agli episodi con risvolti penali, siano essi riconducibili a vicende di presunta "malasanità" o di eventi corruttivi.

Come già avvenuto nel PTPC 2023 – 2025, i temi trattati e diffusi dalla stampa locale riguardanti presunti eventi corruttivi, hanno costituito per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, e per l'anno 2023 e 2025 una delle principale fonte di informazione. Hanno rappresentato, quindi, dei veri e propri "**eventi sentinella**" che hanno permesso, in collaborazione con la Direzione strategica aziendale, di aggiornare le aree di rischio ed relativi processi ed implementare nuove misure di prevenzione della corruzione.

Va infine rilevato come in varie occasioni, anche a seguito dell'adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione, del Codice di comportamento Aziendale, vi è stato il tentativo di coinvolgere vari *stakeholders* esterni (Sindacati, Associazioni di categoria, Associazioni di volontariato, ecc.) che avrebbero potuto fornire, tra l'altro, ulteriori elementi di qualificazione del contesto esterno. A riguardo si registra, ancora, una **totale assenza di risposte** di qualsivoglia genere a tali tentativi. Per l'anno 2023 sarà proposto un evento aperto a tutti *stakeholders* esterni l'Azienda Ospedaliero Universitaria.

### **Analisi del contesto interno**

Come evidenziato nella Determinazione n. 12/2015 e 1064/2019 per contesto interno, nei PTPC occorre considerare le attività sanitarie svolte nonché quelle amministrativo-gestionali.

L'Azienda ha come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica, di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico.

A tale riguardo, come anche suggerito dalla Determinazione stessa, si rileva che l'analisi dell'ambiente interno è correntemente svolta da questa Azienda e tali informazioni sono ampiamente ricavabili da altri documenti di programmazione aziendale che sono da ritenersi comunque collegati al presente PTPC:

- Atto Aziendale Delibera 230.2017;
- Regolamento di Funzionamento del Dipartimenti Assistenziali Integrati Delibera n°815 del 31.10.2017;
- Direttiva del Direttore Generale – Delibera n. 769 del 24.11.2021;

- Piano delle Performance – Delibera n. 227 del 30.03.2022;
- Bilancio Economico di Previsione – Delibera n. 171 del 10.03.2022;
- Piano degli investimenti – allegato alla Delibera n. 171 del 10.03.2022;
- Piano delle apparecchiature - allegato alla Delibera n. 171 del 10.03.2022;
- Programmazione degli acquisti di beni, servizi e attrezzature 2023-2024 – Delibera n. 633 del 30.09.2022;
- Piano Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo in aderenza al Piano Centri di Rilevazione Regionale adozione Delibera n°243 del 05.12.2019;
- Adozione Piano Aziendale dell'ALPI Linee di indirizzo Regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Alpi per il Personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (area contrattuale IV) e della dirigenza Sanitaria non medica (area contrattuale III) del SSN ai sensi del D. n°56 del 04.07.2019 modifiche ed integrazioni DCA n°95 del 05.11.2018 Delibera n°273 del 12.12.2019;
- Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021( PNLGA). Recepimento intesa e adozione del Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021(PAGLA). Delibera n°35 del 13.09.2019;
- Adozione Nuovo Regolamento Disciplinare Area Comparto Delibera n° 213 del 08.04.2019;
- Adozione Nuovo Regolamento Disciplinare Area Dirigenza Delibera n° 214 del 08.04.2019;
- Adozione del Regolamento di Organizzazione e funzionamento del Collegio di Direzione dell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona Delibera n°191 del 02.03.2020;
- Piano Triennale Fabbisogno del Personale (PTFP) 2020/2022 adozione Delibera n°292 del 29.04.2022;
- Relazione sulla Performance anno 2021 – Delibera n. 747 del 17.11.2022;
- Adozione Regolamento Contrasto ai fenomeni di riciclaggio dei proventi di Attività Criminose e finanziamento del Terrorismo e nomina del Gestore Delibera n. 340 del 28.05.2020.

Si rinvia, altresì, per un maggior approfondimento dell'analisi del contesto interno, alla Delibera di Adozione del Piano delle Performance n° 227 del 30 Marzo 2022. Segnatamente all'analisi del contesto interno dall'anno 2017 innanzi, le segnalazioni effettuate attraverso il sistema di massima tutela whistleblowing hanno indirizzato il Responsabile della Prevenzione ed il suo ufficio a riconsiderare tutte le valutazioni e le misure poste in atto. In particolare, per le seguenti aree sono state riconsiderate le misure di prevenzione del rischio connesso ai processi precedentemente mappati: approvvigionamenti beni infungibili, liste di attesa, associazioni di volontariato, determinazione del fuori uso.

Il modello organizzativo Aziendale è articolato nei seguenti Dipartimenti Assistenziali Integrati:

- a) DAI dell'Area Critica
- b) DAI della Riabilitazione e del Post Acuzie
- c) DAI Cardio-Toraco-Vascolare
- d) DAI delle Chirurgie Generali, Specialistiche e dei Trapianti
- e) DAI Testa-Collo
- f) DAI delle Scienze Mediche
- g) DAI di Igiene e Medicina Valutativa
- h) DAI di Diagnostica per Immagini
- i) DAI Materno Infantile DAI
- j) DAI di Oncoematologia

L'individuazione delle Aree, delle azioni e degli strumenti idonei a prevenire il rischio di corruzione è da ritenersi un processo complesso e la cui implementazione procede per gradi successivi di approfondimento.

### **Misure 2022-2023**

Nel corso del 2017 è stato sottoscritto il Protocollo di Intesa con Transparency Internationa, il Centro Ricerca e Studi su Sicurezza e Criminalità il Centro Studi Investimenti Sociali e l' Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità - relativamente al Progetto Curiamo la Corruzione per la piattaforma – open source- del c.d. Wistleblowing. In occasione della giornata di formazione obbligatoria del 17 Novembre 2017, tenuta presso l'Aula Scozia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria è stato rappresentato ai dipendenti la possibilità di effettuare le segnalazioni.

**Dall'analisi del contesto interno ed esterno l'Azienda si propone di dare un maggior impulso ai processi identificati nella tabella di seguito riportata.**

### **Misure previste 2023**

Specifica formazione per la stazione appaltante e specifica formazione per l'area amministrativa e sanitaria ricondotta ai temi della (*mala- amministrazione*) e (*lotta allo spreco ed alla distorsione delle risorse pubbliche*).

Verifiche periodiche sugli obblighi di pubblicità e l'adozione delle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione rispetto i processi Aziendali.

Avvio dei cataloghi amministrativi distinti per funzione (identificazione dei processi amministrativi)

Avvio dell'inventario dei Beni Aziendali

Aggiornamento dei regolamenti aziendali di impatto sulla prevenzione della Corruzione:

-Regolamento Aziendale gestione dati Privacy -DPO-

-Aggiornamento Regolamento per la gestione delle attività degli Studi Clinici

-Aggiornamento Regolamento gestione -Scort List dei Consulenti esterni

-Obiettivi di Budget 2023, correlati alla dimensione della Prevenzione della Corruzione della Trasparenza e dell'Integrità

-attività di sensibilizzazione sul ruolo del DEC e RUP successivamente la promulgazione del nuovo codice degli appalti.

-continuità nell'attività di controllo a campione sui permessi fruiti dai dipendenti ex legge 104/92 (previsione di massima tutela dei dati sensibili ricondotti ai dipendenti)

- verifica delle dichiarazioni rese per l'assenza del conflitto di interessi ed incompatibilità

-monitoraggio sull'utilizzo delle procedure ristrette per gli affidamenti dei lavori tecnico manutentivi al di sotto della soglia dei 10.000 euro

- aggiornamento Codice di Comportamento Aziendale (Linee guida ANAC 177/2020)

**A riguardo nel presente Piano vengono individuate tre aree di rischio:**

- **obbligatorie;**
- **generali;**
- **specifiche.**

### **Aree di rischio obbligatorie**

Alcune aree, in base all'esperienza nazionale ed internazionale, sono da ritenersi ricorrenti nell'ambito delle pubbliche amministrazioni e la Legge n. 190/2012 le individua e fissa la obbligatorietà della loro indicazione nell'ambito dei Piani evidenziando i procedimenti collegati:

- autorizzazione o concessione;
- 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 decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163;

- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n.150 del 2009.

I suddetti procedimenti corrispondono alle seguenti Aree di rischio:

- processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinato dal D.Lgs. n. 163/2006 e dal d.lgs. 24 aprile 2014 convertito con modifica dalla legge n.89 del 23 giugno 2014 illustrato alla delibera ANAC n. 22 del 2014, e dalla l. 90 del 24 giugno 2014 convertito con modifica nella l. 114 agosto 2014 illustrato alla delibera ANAC n.1 del 2015 – si evidenzia a riguardo come, su indicazione della Determinazione ANAC n. 12/2015, tale area è stata ridefinita “Area di rischio contratti pubblici” e i conseguenti processi collegati rivisti alla luce delle osservazioni presentate nella citata Determinazione:
  - processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
  - processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

### **Aree di rischio generali**

La Determinazione ANAC 12/2015 raccomanda che la mappatura dei processi sia effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione o ente non solamente con riferimento alla cd. “aree obbligatorie” ma anche a tutte le altre aree di rischio. A riguardo vengono introdotte delle aree di rischio definite “generali” che sono relative, in particolare, alle aree relative allo svolgimento di attività di :

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso.

### **Aree di rischio specifiche**

Oltre alle aree “generali”, ogni amministrazione o ente ha ambiti di attività peculiari che possono far emergere aree di rischio specifiche. Concorrono all’individuazione delle “aree di rischio specifiche”, insieme alla mappatura dei processi, le analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell’amministrazione o in amministrazioni dello stesso settore di appartenenza; incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici; incontri (o altre forme di interazione) con i portatori di interesse esterni, con particolare riferimento alle associazioni impegnate sul territorio nella promozione della legalità, alle associazioni di categoria e imprenditoriali; aree di rischio già identificate da amministrazioni similari per tipologia e complessità organizzativa.

Nella sezione di approfondimento riservata alla Sanità, vengono fornite ulteriori indicazioni relativamente alle cd. “aree di rischio generali” e vengono identificate alcune “Aree di rischio specifiche”:

- Attività libero professionale e liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati – Area non riguardante la AOU;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Si conferma per l’aggiornamento del PTPC 2023-2025 l’analisi del contesto esterno precedentemente svolta, in particolare attraverso le informazioni fornite dai mass media locali, permette di identificare i seguenti processi da associare a specifiche aree di rischio:

- Ricoveri programmati e liste di attesa;
- Radiografie e referti medici a fini assicurativi;
- Procedure di Reclutamento del Personale.

Oltre a ciò l’analisi degli articoli dei giornali ha evidenziato l’abitudine, diffusasi a livello nazionale, di fotografare o farsi fotografare. Tali comportamenti non sembrano prefigurare rischi a livello corruttivo ma possono essere rilevanti rispetto a possibili violazioni:

- del codice di comportamento del dipendente;
- del codice deontologico professionale;
- del rispetto della privacy dei pazienti.

## La mappatura delle Aree di rischio obbligatorie, generali e specifiche

Per ciascuna Area di rischio individuata sono stati associati:

- i relativi processi;
- per ciascun processo, i rischi specifici ad esso connesso;
- la mappatura delle Unità Operative coinvolte;
- l'individuazione delle misure correttive introdotte e/o da introdurre.

In particolare, rispetto a questo ultimo aspetto relativo alle misure correttive, va specificato che:

- l'esperienza ad oggi maturata permette senz'altro di meglio specificare, in alcuni casi, tali misure;
- è previsto, per l'anno 2023, un maggiore coinvolgimento della parte sanitaria. A riguardo la rilevazione dei rischi correlati i processi per le UU.OO.CC clinico, assistenziali, tecniche e riabilitative. Per l'area dei decessi in ambito ospedaliero con nota prot. n°3793/2020 il Responsabile ha ridefinito le modalità di accesso del personale e dei mezzi esterni (pompe funebri) all'obitorio dell'Azienda.

## PARTE TERZA - LE MISURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO

Vengono identificate le seguenti **misure obbligatorie** per la prevenzione del rischio:

1. Codici di comportamento – diffusione di buone pratiche e valori;
2. Rotazione del personale;
3. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
4. Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
5. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage – revolving doors*) ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
6. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*);
7. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
8. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*);
9. La formazione;
10. Patti di integrità negli affidamenti;
11. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
12. Dichiarazioni di conoscibilità delle relazioni e/o interessi che possono riguardare i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione

che implichino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione;

l3. Qualificazione Stazione Appaltante.

## **1 Il Codice di comportamento e diffusione di buone pratiche e valori**

Il Codice di comportamento definisce, ai fini dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nonché ai fini del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" sono tenuti ad osservare al fine di garantire il perseguimento della Mission Aziendale.

Il Codice si applica ai dipendenti dell'Azienda, nonché a tutti coloro che, qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali.

Al fine di dare concreta operatività a tale previsione:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro-collaborazione, a cura della Gestione Risorse Umane, deve essere inserita una clausola che prevede l'impegno dell'interessato a rispettare le norme del Codice di comportamento aziendale e la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi ivi previsti;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture convenzionate-accreditate, a cura della Struttura competente alla gestione del procedimento, deve essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, pena la risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Il Codice disciplina il comportamento del dipendente anche in funzione degli standard etici che il lavoratore pubblico è chiamato a garantire:

- in caso di regali, compensi o altre utilità, il dipendente, non può accettare per sé o per altri, regali o altre utilità di valore superiore a 100 euro;
- in caso di partecipazione ad associazioni e organizzazioni;
- in caso di presenza di interessi finanziari e di conflitto di interessi;

- nei casi in cui è obbligatoria la sua astensione dal partecipare all'adozione di decisioni o attività;
- nei rapporti privati;
- in servizio;
- nei rapporti col pubblico;
- nell'ambito della conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Azienda, nonché nella fase di esecuzione degli stessi.

Atteso il fondamentale ruolo dell'Azienda quale struttura erogatrice di prestazioni tese al recupero e valorizzazione della promozione della salute, tutto il personale dipendente, nonché coloro i quali, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali, sono tenuti al rispetto del divieto di fumo previsto dalla legge e dal Regolamento Aziendale vigente.

<b>Misure previste 2023</b>
-----------------------------

Aggiornamento del Codice di Comportamento ( Linee guida ANAC Delibera n°177/2020)
---

## 2 La rotazione del personale

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La *ratio* della previsione normativa è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività.

La rotazione del personale, così come prevista dalla normativa, assume un duplice obiettivo:

- fa sì che l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure favorisca una riduzione del rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti;
- può favorire un maggior livello di benessere organizzativo permettendo al dipendente di poter trovare nuovi stimoli e opportunità di crescita professionale che potrebbero perdersi nel momento in cui una persona svolga per molti anni la stessa attività nello stesso ufficio.

Questa Azienda intende adottare quindi criteri per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione, pur nella considerazione dei tempi e dei percorsi richiesti e necessari per le professionalità più difficili da acquisire.

L'applicazione di tale criterio deve comunque tenere conto dell'efficienza dell'amministrazione e della continuità dell'azione amministrativa ed è in ogni caso attuata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative.

In ogni caso, in presenza di particolari figure professionali considerate difficilmente sostituibili, la difficoltà di applicazione del principio di rotazione sarà segnalata nel Piano con le relative motivazioni. Alla scadenza dell'incarico dirigenziale potrà essere valutata la possibilità di rotazione e/o spostamento ad altro e diverso incarico.

In ogni caso, si procede alla rotazione del personale allorquando si verificano reiterati comportamenti omissivi delle disposizioni contenute nel presente piano.

Ai sensi dell'art. 16, comma 2, lett. 1-*quater*, del d.lgs 165/2001, nell'ipotesi di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare la sospensione dal servizio, in applicazione dell'ivi previsto obbligo di rotazione, nei confronti dell'incolpato vengono adottati i seguenti provvedimenti:

- per il personale dirigenziale, la revoca dell'incarico in essere e il conferimento di altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. 1 *quater* e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. 165/2001;
- per il personale non dirigenziale, l'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma, lett. 1 *quater*, del d.lgs. 165/2001.

Rientra nelle competenze del Responsabile della struttura cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Nel corso di validità del presente Piano verranno adottate le iniziative per definire, nel rispetto delle procedure di consultazione delle Organizzazioni Sindacali, i criteri generali ed oggettivi e le

modalità di applicazione in via ordinaria del principio della rotazione, tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, anche attraverso la previsione di adeguati percorsi formativi e di forme di affiancamento, per consentire al personale coinvolto nella rotazione di acquisire le adeguate competenze.

I Responsabili delle articolazioni aziendali possono regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie strutture nell'ambito delle loro ordinarie prerogative gestionali della qualifica e del profilo professionale e dei limiti stabiliti dai CCNNLL.

<b>Misure applicate nel 2022</b>
La Direzione strategica, con varie disposizioni ha provveduto ad attivare la rotazione del personale. Il provvedimento ha riguardato, anche ai fini di prevenzione della corruzione, Dirigenti ed operatori di varie qualifiche (categoria BS, C, D, DS). Nello specifico dell'area della Dirigenza: Gestione Risorse Umane, Affari Generali, Responsabile Aziendale Gestione Liste di Attesa, Patrimonio Mobiliare ed Immobiliare.

**Tabella 1 Numerosità dei dipendenti dell'Azienda interessati alla rotazione degli incarichi – anno 2022.**

Numerosità dei dipendenti dell'Azienda interessati alla rotazione degli incarichi – anno 2022 -		
Unità Organizzativa	Dirigente Funzionario	
	Affari Generali	1
Programmazione e Controllo di Gestione	-	-
Patrimonio Mobiliare ed Immobiliare	1	-
Acquisizione Beni e Servizi	-	-
Gestione Risorse Umane	1	1
Sistemi Informativi	-	-

### **3 L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse**

Ai sensi dell'art. 1 comma 41 della Legge n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella Legge n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", e all'art. 42 del d.lgs 50/2016, il responsabile del

procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

I dipendenti dell'Azienda sono pertanto tenuti a prestare la massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse e, a tal fine:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma va letta in maniera coordinata con la disposizione dell'art. 7 del Codice di comportamento "obbligo di astensione", in base al quale:

*"Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.*

*Il dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente al Dirigente Responsabile dell'ufficio di appartenenza ovvero, laddove si tratti di dirigenti apicali, al Dirigente Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda le ragioni che possono comportare un conflitto d'interesse con l'Azienda per le conseguenti determinazioni. Sull'astensione del dipendente decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza che provvede anche ad organizzare un sistema di archiviazione dei casi di astensione. Sull'astensione dei dirigenti apicali, decide il Dirigente Responsabile della Prevenzione della Corruzione, sentito il parere dell'U.P.D."*

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal

dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi un dirigente apicale a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Azienda ha intrapreso adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

#### **Misura 2023**

L'Azienda ha aggiornato il modello della dichiarazione dell'assenza di conflitto di interessi e di incompatibilità ed inconfiribilità. Nel corso dell'anno 2023 tutti i Dirigenti di Struttura Complessa Tecnica, Amministrativa, Professionale e Sanitaria dovranno aggiornare la precedentemente dichiarazione.

#### **Misura 2023**

Avvio della pubblicazione dei dati riferiti alle sperimentazioni cliniche

## **4 Lo svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali**

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale.

La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la Legge. n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, in particolare prevedendo appositi regolamenti che debbono individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai

dipendenti delle amministrazioni pubbliche;

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale Dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'Azienda è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate e delle prescrizioni stabilite nel "*Regolamento in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente e anagrafe delle prestazioni*", adottato con deliberazione del Direttore Generale n°473 del 7 Maggio 2014, quale parte integrante del presente Piano, nel testo risultante dal suo adeguamento alle modifiche apportate alla relativa disciplina dalla intervenuta normativa.

Nel rinviare alla disciplina contenuta nel citato Regolamento per quanto concerne condizioni, limiti e procedure da seguire per ottenere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali, si evidenzia che, alla stregua delle modifiche apportate dalla legge 190/2012:

- i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente al Servizio Affari Generali anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione allegato al regolamento aziendale;
- l'irrogazione di sanzioni disciplinari o l'attivazione del procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva costituisce causa ostativa al conferimento di incarichi aggiuntivi e/o all'autorizzazione di incarichi/attività extra-istituzionali;
- i Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere di competenza secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività ed al rilascio dell'autorizzazione, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio o la pendenza di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva;
- l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebito percettore.

**Misure 2023**

Durante lo scorso anno sono stati sollecitati i Dirigenti al rispetto dell'obbligo di trasmissione dei dati e richiesto all'UOC Gestione Risorse Umane di aggiornare la dichiarazione di incompatibilità agli atti dell'ufficio

**5 Il conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage – revolving doors*) ed Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali**

L'ANAC, con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 “interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”, ha specificato e modificato l'interpretazione formulata dall'Autorità con la Delibera n. 58/2013, anche alla luce della sentenza n. 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato secondo la quale, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190, deve ritenersi che non sussista incompatibilità tra la qualifica di dirigente medico di una ASL e la carica di consigliere comunale.

Pertanto, le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL e le Aziende Ospedaliere, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

**6 L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*)**

La Legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D.Lgs.n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno

dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede, quindi, una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

*La disposizione stabilisce che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".*

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.Lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- **sanzioni sull'atto:** i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- **sanzioni sui soggetti:** i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi

eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

- **la Struttura Gestione Risorse Umane dell'Azienda** è tenuta ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- **la Struttura Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda** è tenuta ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- è fornita tempestiva informativa dei fatti alla Struttura Affari Legali dell'Azienda, affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n. 165/2001.

<b>Misure 2023</b>
--------------------

Monitoraggio dell'attività successiva la cessazione del rapporto di lavoro
--

## **7 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**

La Legge n. 190/2012, in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha *ex novo* introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

Tra queste, il nuovo art. 35-bis, inserito nell'ambito del D.Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

La norma in particolare prevede:

*“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

*a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*

*b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*

*c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

*2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari”.*

Inoltre, il D.Lgs. n. 39/2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconfiribilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3). Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del medesimo decreto.

I Responsabili dei Servizi Acquisizione Beni, Tecnico - Patrimoniale e Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza per materia, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche – in presenza di situazioni di specie – sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le

caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001;

- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.Lgs. n. 445/2000 (art. 20 D.Lgs. n. 39/2013).

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- applica le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Se la situazione di inconfiribilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

A tal fine, i Responsabili dei Servizi Acquisizione Beni, Tecnico – Patrimoniale e Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza per materia, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche – in presenza di situazioni di specie – sono tenuti:

- a effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- ad assicurare che negli interpellati per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- a proporre al Direttore Generale gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso. In base all'Intesa sancita in data 24.07. 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della Legge n. 190/2012 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU/2013), le situazioni di inconfiribilità (D.Lgs. n. 39/2013) sono contestate dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

#### **Misura 2022 e 2023**

E' stata richiesta e sollecitata che i componenti esterni ed interni dell'amministrazione rendano la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.

## 8 La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*)

L'art.1 comma 5 della Legge n. 190/2012 ha inserito un nuovo articolo, il 54 bis, nell'ambito del D.Lgs. n. 165/2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura specifica finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come "*whistleblowing*".

Con l'espressione "whistleblower" si fa riferimento al dipendente di un'amministrazione che segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire. Tale segnalazione (cd. *whistleblowing*) è, pertanto, un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico.

Il *whistleblowing* è, dunque, la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower, il cui scopo principale è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente e quindi :” **il Whistleblowing** risulta essere la misura organizzativa volta alla tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite”.

In attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016 – 2018, tenuto conto della Delibera n°6 del 2015 "*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale serie generale n. 110 del 14 maggio 2015)*" dell'Autorità Anticorruzione, in rispondenza degli obbiettivi scaturiti dal Piano delle Performance Aziendale delibera 187/2017, l'Azienda nel corso del 2017 ha aderito **alla campagna promossa da Transparency International per l'implementazione di un sistema di segnalazione degli illeciti che garantisca l'anonimato del segnalante.**

Il software è rispondente alla normativa e garantisce: "*segretezza della segnalazione, per l'eventualità di interpello del segnalante, è assicurata la non riconducibilità ai dati anagrafici del segnalante se non all'esito dell'istruttoria da parte dell'ufficio*".

### Misure 2023

Nel corso del 2019 è stato sottoscritto il Protocollo di Intesa con il Progetto di Transparency International per la piattaforma – open source- del c.d. *Whistleblowing*, rinnovato per il 2022 – aggiornamento policy aziendale

**Tabella 3 Numerosità delle Segnalazioni effettuate dai dipendenti negli anni sulla piattaforma del Wistleblowing**

Numerosità delle segnalazioni effettuate dai dipendenti negli anni sulla piattaforma del Wistleblowing			
Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
5	15	4	7

Le segnalazioni, effettuate nel rispetto della normativa per la tutela del segnalante, sono state tutte elaborate segnatamente alla disciplina di riferimento. Per la tipologia delle segnalazione ed il riscontro effettuato attraverso l'ufficio del Responsabile della Prevenzione, nel corso del tempo, sono state previste specifiche misure di prevenzione rispetto i casi descritti nelle stesse.

## 9 La formazione

La formazione come si evince dal cronoprogramma e da tutte le iniziative attivate, riveste un'importanza cruciale nell'ambito dell'azione di prevenzione della corruzione. Infatti, una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale e della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione e per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- occasione di confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- attivazione di misure per evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione

della norma di volta in volta applicabile;

- diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati. A tale fine, l'Azienda programma adeguati percorsi di formazione.

L'attività formativa è strutturata su due livelli:

- un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);

- un livello specifico, rivolto al Responsabile della prevenzione della corruzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio; il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda. **I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione, in raccordo con il Responsabile del Servizio Formazione.**

Le iniziative formative sono inserite anche nel Piano triennale della Formazione di cui all'art. 7 bis del D.Lgs. n. 165/2001. L'Azienda, nel piano triennale di formazione del personale, inserisce corsi di formazione specificatamente incentrati sui temi dell'etica pubblica e della legalità, prioritariamente dedicati ai dipendenti addetti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione individuate ai sensi del presente piano. L'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità è effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Al fine di coniugare i valori etici del Piano della Prevenzione della Corruzione, il Piano delle Performance rispetto la dimensione dell'apprendimento e della crescita; il Servizio di Formazione Aziendale nell'ottica della valorizzazione delle competenze e delle professionalità intese come "capitale professionale – intangibile - dei dipendenti", rileverà e trasmetterà entro i primi giorni del **mese di gennaio di ogni anno**, secondo il modello descritto di seguito, la raccolta delle attività scientifiche di tutto il personale Aziendale.

I dati raccolti saranno aggregati per UU.OO.CC. e servizi correlati. La rilevazione dei dati rispetto il capitale professionale dei dipendenti, sarà recepito nell'aggiornamento dei regolamenti per la Valutazione dei Dirigenti e del Comparto.

**Tabella 3** Aggiornamento e Crescita Professionale

<b>1. Numero totale di articoli pubblicati dai ricercatori dell'Ente/Istituzione su riviste scientifiche e tecniche</b>	
<i>a- con Comitato di valutazione scientifica nazionale</i>	
<i>b- con Comitato di valutazione scientifica internazionale</i>	
<b>2. Numero totale di libri e monografie pubblicati dai ricercatori dell'Ente:</b>	
<i>a- con editori italiani</i>	
<i>b- con editori internazionali</i>	
<b>3. Numero totale di relazioni tecnico-scientifiche dei ricercatori dell'Ente pubblicate in atti di convegni</b>	
<i>a-carattere nazionale</i>	
<i>b-carattere internazionale</i>	
<b>4. Numero di pubblicazioni( bollettini, annuari, riviste) curate dall'Ente ed edite nell'ambito della propria attività editoriale.</b>	
<b>5. Numero di pubblicazioni scientifiche e tecniche diverse dalle precedenti</b>	

**Misure 2021-2023**

Nel corso del 2022 sono stati svolti alcuni corsi di formazione dedicati sia di natura generale sia specifica.

**Misure 2023/2025**

- Formazione del personale sanitario che gestisce e governa le risorse nelle linee di attività clinico/assistenziali/riabilitative e tecniche.
- Formazione del personale dell'area Gestione delle Risorse Umane rispetto il d.lgs. 74/2017 ed il d.lgs. 75/2017, Inconferibilità ed Incompatibilità.
- Formazione per la stazione appaltante sulla nuova disciplina sul Codice dei Contratti ruolo del DEC e del RUP.
- Rilevazione Aggiornamento e Crescita professionale.
- Formazione dedicata alla stazione appaltante.
- Costituzione del Comitato scientifico relativo al Piano Aziendale della Formazione Aziendale ECM.

## 10 I Patti di integrità negli affidamenti

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta, quindi, di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P. con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che *“mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066)”*.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'Azienda ha adottato il patto di integrità allegato al PTPC 2015 – 2017 e stato riadattato per il PTPC 2020-2022.

A cura dei Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure il Patto di integrità deve essere inserito nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili devono inoltre curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

L'esperienza maturata che ha evidenziato alcuni limiti nel "Patto di integrità" adottato, modifiche legislative e recenti sentenze del Consiglio di Stato, hanno reso necessario una rivisitazione ed un aggiornamento del "Patto" già adottato per l'anno 2016.

## **11 Le azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

Il sistema di garanzie introdotto dal PTPC fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto equo e costante tra Azienda e cittadini.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione.

Uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è, quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi.

A tal fine, l'Azienda attua ogni iniziativa utile a realizzare il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza, anche mediante azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti".

Il coordinamento, l'attuazione e la responsabilità di tali iniziative e misure sono ascritti all'Ufficio Relazioni col Pubblico dell'Azienda e anche al Responsabile della comunicazione aziendale.

L'Azienda è, pertanto, tenuta a pianificare ed attuare adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. A tal fine, l'Ufficio Relazioni col Pubblico è tenuto ad assicurare la efficace e costante comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il PTCP e delle connesse misure.

L'Azienda valuta modalità, soluzioni organizzative e tempi per l'attivazione di canali dedicati alla segnalazione (dall'esterno dell'amministrazione, anche in forma anonima, ed in modalità informale) di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi, corruzione, anche valorizzando il ruolo dell'Ufficio Relazioni col Pubblico quale rete organizzativa che opera come interfaccia comunicativa. Le modalità con le quali si attua il raccordo e i canali di collegamento debbono essere pubblicizzati, a cura del dell'Ufficio Relazioni col Pubblico, in modo da rendere trasparente il processo di rappresentazione degli interessi da parte dei vari portatori.

### **Misure 2023**

- Organizzazione della 1°giornata della Trasparenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria in occasione dell'Adozione del Codice Etico Aziendale;
- proposta per la Redazione del Primo Bilancio di Missione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni e Ruggi d'Aragona;
- Adozione del Piano della Comunicazione.

### **12 Dichiarazioni di conoscibilità delle relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.**

La Determinazione ANAC n. 12/2015, introduce un ulteriore adempimento, specifico per il settore sanitario, relativo all'obbligo di fornire da parte di professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, idonee dichiarazioni di conoscibilità delle relazioni e/o interessi che possono coinvolgere gli stessi.

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi costituiscono ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo: si tratta, infatti, di strumenti per rafforzare la trasparenza nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e interistituzionali di cui è connotata l'organizzazione sanitaria.

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei Soggetti destinatari è stata resa disponibile sul sito istituzionale dell'Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Al fine di renderne agevole la compilazione, l'Agenas mette a disposizione un apposito supporto informatico, le cui specifiche sono in corso di definizione.

### **13 Qualificazione della Stazione Appaltante**

La qualificazione della stazione appaltante ha ad oggetto il complesso delle attività che caratterizzano il processo di acquisizione di un bene, servizio o lavoro in relazione ai seguenti ambiti:

- capacità di programmazione e progettazione;

- capacità di affidamento;
- capacità di verifica sull'esecuzione e controllo dell'intera procedura, ivi incluso il collaudo e la messa in opera.

L'articolo 84, comma 12, del codice dei contratti pubblici, ha demandato all'Autorità Nazionale Anticorruzione la formulazione di una proposta al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti avente ad oggetto "modalità di qualificazione, anche alternative o sperimentali da parte di stazioni appaltanti particolarmente qualificate, per migliorare l'effettività delle verifiche e conseguentemente la qualità e la moralità delle prestazioni degli operatori economici".

Come precisato dalla disciplina transitoria (art. 216, comma 10 D.Lgs. n. 50/2016) è sufficiente che le stazioni appaltanti si iscrivano all'Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti, presso la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, giacché "*fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti di cui all' articolo 38, i requisiti di qualificazione sono soddisfatti mediante l'iscrizione all'anagrafe di cui all'articolo 33-ter del decreto-legge 179/2012 come convertito con modifiche con legge 221/2012..*". Di seguito sono elencati i requisiti di base per la qualificazione della stazione appaltante:

- a) strutture organizzative stabili deputate;
- b) presenza nella struttura organizzativa di dipendenti aventi specifiche competenze in rapporto alle attività;
- c) sistema di formazione ed aggiornamento del personale;
- d) numero di gare svolte nel triennio con indicazione di tipologia, importo e complessità, numero di varianti approvate, verifica sullo scostamento tra gli importi posti a base di gara e consuntivo delle spese sostenute, rispetto dei tempi di esecuzione delle procedure di affidamento, di aggiudicazione e di collaudo;
- e) rispetto dei tempi previsti per i pagamenti di imprese e fornitori come stabilito dalla vigente normativa ovvero il rispetto dei tempi previsti per i pagamenti di imprese e fornitori, secondo gli indici di tempestività indicati dal decreto adottato in attuazione dell'articolo 33 del Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

**Misure 2022** L'Azienda nell'anno 2019 ha avviato il processo di qualificazione della stazione appaltante con l'indizione della gara e successivamente l'affidamento del servizio finalizzato al rilascio della certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità secondo la norma UNI EN 9001:2015. **Il 21\_Ottobre 2022 la Stazione Appaltante ha conseguito la certificazione.**

## **PARTE QUARTA - IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'**

### **Introduzione al Programma**

Il presente programma viene redatto in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs.n. 33 del 14 marzo 2013 e ss.mm.ii che ha riordinato l'intera disciplina in materia di obblighi di trasparenza, pubblicità, diffusione delle informazioni, e responsabilità. Nel D.Lgs. n. 33/2013 la "trasparenza" viene così definita: **“La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione”**.

Il richiamo all'articolo 117 della Costituzione fa rientrare, quindi, la trasparenza tra i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale. La disciplina della trasparenza risulta inoltre funzionale al fine della prevenzione e lotta alla corruzione, di cui alla legge n. 190/2012. Per l'anno 2021 è stata prevista la specifica formazione su alcuni temi riguardanti gli obblighi di pubblicazione.

### **Principale normativa di riferimento**

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”.
- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, recante “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e ss.mm.ii”.
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante “Disposizioni in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012,

n. 190”.

- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, avente ad oggetto “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013.

- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, avente ad oggetto “Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” e n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto “D.Lgs. n. 33 del 2013 -attuazione della trasparenza”;

- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione

- Intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190;

- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013.

- Delibera n° 1309 del 28/12/2016 G.U. 10 gennaio 2017 recante Indicazioni Operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’Accesso Civico de cui all’art. 5 CO. 2 del d.lgs. 33/2013 Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs.

n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;

- Delibera n°1310 del 2017 recante “indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione

di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2017

- Delibera della CIVIT n. 75/2013 recante le “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001);

- Delibera dell’ANAC n. 146/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati;

- Delibera dell’ANAC n. 149/2014 ad oggetto “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”.

- D.L. n. 66 del 2014 Misure urgenti per la Competitività e la giustizia Sociale

- D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazione in L. 11 agosto 2014 n. 114

Misure Urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari

- Circolare n. 6 del 2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione Interpretazione e applicazione dell'articolo 5, comma 9, del decreto-legge n.95 del 2012, come modificato dall'articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n.90
- Delibera dell'ANAC n.10 del 2015 Individuazione dell'autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art.47 del d. lgs.33/2013)
- Delibera dell'ANAC n. 22 del 2014 pubblica il 15 Dicembre 2014 Attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 9 , comma 7 e 10, commi 3 e 4 lettere a)e b) del decreto-legge 24 aprile 2014 n.66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89
- Determinazione dell'ANAC n.1 del 2015 Criteri interpretativi in ordine alle disposizioni dell'art. 38, comma 2-bis e dell'art.46, comma 1-ter del D.Lgs. 12 Aprile 2006, n. 163.
- Decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'ANAC
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 – Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato. GU Serie Generale n.291 del 14-12-2017

Un primo aggiornamento ha riguardato l'integrazione della già complessa normativa sulla trasparenza con quella relativa alla Privacy, in particolare, relativamente alla necessità di recepire nell'ordinamento nazionale la nuova direttiva 2013/37/UE attinente al riutilizzo dell'informazione del settore pubblico.

Il Garante per la Protezione dei dati personali, nel Provvedimento n. 49 del 7 febbraio 2013 “Parere Garante su uno schema di decreto legislativo concernente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pa – 7 febbraio 2013”, evidenzia come il diritto alla protezione dei dati personali trova il suo pieno ed effettivo riconoscimento solo se sono rispettati tutti i principi e le regole alla base delle garanzie previste dalla normativa comunitaria e dal Codice a tutela dell'individuo, della sua riservatezza e della sua

dignità. Fra questi:

- il principio di necessità, il quale comporta un obbligo di attenta configurazione di sistemi informativi e di programmi informatici per ridurre al minimo l'utilizzazione di dati personali (art. 3 del Codice);
- il principio di pertinenza e non eccedenza dei dati personali e quello di indispensabilità del trattamento di dati sensibili e giudiziari.

Tali principi devono trovare applicazione anche in presenza di norme di legge e di regolamento che impongano la pubblicazione di atti o documenti. In tal caso, deve essere rimessa alla cura dell'amministrazione la selezione, all'interno dell'atto o documento in via di pubblicazione, dei dati personali da oscurare o comunque da espungere.

Tra i vari aggiustamenti e precisazioni che sono intervenuti a riguardo, di particolare rilievo per il settore sanitario appare la Delibera ANAC del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" che costituisce una decisa inversione di tendenza rispetto a quanto stabilito con la precedente Delibera ANAC n. 58/2013 sullo stesso argomento, riguardante gli obblighi relativi alle disposizioni in tema di inconfiribilità ed incompatibilità dei dirigenti nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.

La delibera in oggetto specifica che le ipotesi di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi, in tali ambiti, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario e non più anche ai dirigenti del SSN con incarichi di struttura.

L'ANAC con l'adozione della Delibera n°1310 del 28 dicembre ha dato indicazioni: *"..sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs 33/2013 come modificato dal d.lgs 97/2016.."*. L'Azienda in occasione del rilascio del software di gestione dell'Amministrazione Trasparente ha definito gli obblighi scaturiti dal testo legislativo, delimitando i vari livelli di responsabilità della pubblicazione dei dati e della trasmissione dei degli stessi per la loro pubblicazione. ( Allegato 1)

Bisogna ora soffermarsi sulle principali novità normative intervenute nell'anno 2019 segnatamente la normativa sulla trasparenza e sono di seguito rappresentate:

➤ **Publicazioni concernenti i titolari di incarichi dirigenziali (e dichiarazioni di patrimonio/reddito)**

Come è ben noto per i dati relativi ai titolari di incarichi dirigenziali il riferimento è agli artt. 14, 15 e 41 del decreto legislativo n. 33/2013, è stato modificato dal decreto legislativo n. 97/2016. Per l'art. 41, quello dedicato al settore sanità in particolare, che considera le pubblicazioni per la

*dirigenza sanitaria* dei dati di cui all'art. 15 del decreto n. 33/2013 (articolo previsto per le figure di consulenti e collaboratori). Su detto invio normativo all'art. 15 per la sanità, anziché all'art. 14 come per l'altra dirigenza pubblica, si discute da tempo, poiché il diverso trattamento sembra sia da considerarsi un refuso, un errore. Al fine di non incorrere in responsabilità attinenti la riservatezza dei dati personali è disposto che le pubblicazioni da eseguire per i titolari di incarichi dirigenziali riguardino i dati di cui all'art. 15 del decreto legislativo n. 33/2013 (sino ad eventuale modifica normativa).

➤ **Dichiarazioni patrimonio e reddito dei titolari di incarichi dirigenziali (ed altri dati per pubblicazione)**

All'interno del tema dei dati da pubblicare relativi ai dirigenti, vi è la questione riguardante le dichiarazioni di patrimonio e reddito. L'obbligo è declinato dall'art. 14, comma 1 lett. f, del decreto legislativo n. 33/2013 (sanità esclusa per rinvio all'art. 15).

Ripercorriamo ora in sintesi gli elementi e la cronologia in argomento. La raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di patrimonio e reddito dei titolari degli incarichi dirigenziali nasce col Codice di Comportamento nazionale approvato con DPR n. 62/2013.

Si tratta di un adempimento che a livello nazionale ha sempre destato remore, discussioni, conflitti, con applicazioni scarse e forte contrarietà soprattutto della categoria dei medici. Quello descritto sin qui è l'adempimento richiesto, riguardante solo dichiarazioni da fornire all'amministrazione, da acquisire e conservare. La novità che ha entusiasmato i maggiori conflitti, a livello generale nazionale, è stata introdotta col decreto legislativo n. 97/2016 (art. 14), quello che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico e apportato modifiche al decreto legislativo n. 33/2013 sugli obblighi di trasparenza: le dichiarazioni dei titolari di incarico dirigenziale sono da pubblicarsi sui siti web delle amministrazioni.

Nel settore sanità, tra l'altro, si è presentata una sorta di confusione normativa sulla possibile applicazione, in virtù del contrasto oggettivo tra gli articoli generali e specifici contenuti nel decreto 97 (14, 15, 41), se e quali dirigenti siano tenuti alla dichiarazione e alla sua pubblicazione.

L'obbligo previsto dal d.lgs. 97/2016 (raccolta e pubblicazione) è stato sospeso a livello nazionale dal TAR Lazio con ordinanza pubblicata il 2 marzo 2017 su ricorso di un gruppo di dirigenti (in particolare in servizio presso l'Authority della Privacy).

Di seguito la decisione dell'A.N.AC. con cui si invitano le amministrazioni a sospendere le relative procedure. Il tutto anche in eventuale attesa del necessario intervento normativo che potesse dirimere il conflitto normativo per l'applicazione nel settore sanità (ma ad oggi nessun intervento normativo è stato fatto).

Nel settembre 2017 è stata pubblicata una nuova ordinanza del TAR Lazio, emessa nel contesto

dello stesso giudizio, con la quale si rimette la questione alla Corte Costituzionale per la verifica di legittimità dell'art. 14 del decreto legislativo n. 97/2016; con l'effetto naturalmente che la rimessione comporta la sospensione dell'adempimento previsto dalla norma. Si riportano alcune tra le osservazioni e le motivazioni addotte dal TAR:

- competenza giurisdizione amministrativa sugli obblighi di trasparenza amministrativa;
- i principi di proporzionalità, pertinenza e non eccedenza costituiscono il canone complessivo che governa l'equilibrio del rapporto tra esigenza, privata, di protezione dei dati personali ed esigenza, pubblica, di trasparenza;
- l'equiparazione degli obblighi di pubblicazione previsti per gli incarichi politici e quelli introdotti per la dirigenza (per patrimonio e reddito) non sembra ragionevole per la netta differenza di status, per genesi, struttura, funzioni esercitate, poteri di riferimento;
- i rapporti e le responsabilità che correlano, da un lato, i titolari di incarichi politici, dall'altro i dirigenti pubblici, allo Stato e ai cittadini, si collocano su piani non comunicanti, in un insieme che rende del tutto implausibile la loro riconduzione, agli esclusivi fini della trasparenza, nell'ambito di un identico regime.

Con sentenza n. 84/2018 lo stesso TAR ha poi chiarito che nella sospensione dell'applicazione va ricompreso anche il comma 1 ter sugli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica (con esclusione dei compensi ordinari che da anni si pubblicano). La Corte Costituzionale (sentenza n. 20 del 3 gennaio 2019), in estrema sintesi:

- ha ritenuto l'illegittimità dell'art. 14 del decreto legislativo n. 33/2013 (modificato dal decreto legislativo n. 97/2016) nella parte in cui prevede in modo generalizzato per tutti i dirigenti la pubblicazione dei dati relativi alla loro situazione patrimoniale e reddituale;
- affida al legislatore il compito di definire una nuova disciplina, nell'ambito di una urgente revisione complessiva della materia.

Nello scorso mese di giugno l'ANAC ha adottato una deliberazione (n. 586 del 26 giugno 2019) a seguito della sentenza della Corte Costituzionale, ritenendo di proporre indicazioni per l'applicazione. Le indicazioni di ANAC sono state di fatto ritenute non applicabili in quanto contrastanti con la lettura della Corte: ciò è emerso nei mesi successivi anche a seguito di intervento del Garante Privacy, di una lettura di sistema e di una serie di diffide pervenute da parte di organizzazioni sindacali mediche.

Va qui ricordato, che, poi, in sanità la questione si interseca con le norme specifiche del Decreto Legislativo n. 33/2013 (artt. 41, 14 e 15), segnatamente alle pubblicazioni per gli incarichi dirigenziali sono quelle previste dall'art. 15 e non dall'art. 14.

➤ **Il Decreto-legge n. 162 del 30 dicembre 2019 (c.d. Milleproroghe) all'art. 1, comma 7 sancisce:**

- sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46 e 47 del decreto 33 sino al 31 dicembre 2020 nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019
- le sanzioni di cui agli articoli citati sono state peraltro rafforzate e confermate dall'art. 1, comma 163 della legge n. 160 del 27 dicembre 2019 (legge di bilancio);
- intervento di adeguamento nazionale mediante regolamento ministeriale in cui sono da individuarsi i dati da pubblicare per i titolari di incarichi dirigenziali, con i seguenti criteri:
  - graduazione degli obblighi di pubblicazione;
  - i dati lett. f (cioè le dichiarazioni di patrimonio e reddito) siano oggetto di esclusiva comunicazione all'amministrazione di appartenenza.

Le dichiarazioni di patrimonio e reddito sono oggetto di comunicazione e non di pubblicazione.

### **Le sanzioni per violazione degli obblighi di trasparenza**

All'articolo 46 del sopra citato Decreto, inoltre, vengono fissate le sanzioni per violazione degli obblighi di trasparenza:

- l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente o la mancata predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.
- il responsabile non risponde dell'inadempimento degli obblighi sopra citati se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

L'ANAC, con Delibera n. 146 del 18 novembre 2014 ha specificato il potere d'ordine esercitato dalla medesima Autorità, i provvedimenti adottabili, il procedimento per l'adozione del provvedimento di ordine e le conseguenze della mancata ottemperanza all'ordine dell'ANAC nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione e dal piano triennale di prevenzione della corruzione, nonché dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati (articolo 1, comma 3, della legge 6 novembre 2012, n. 190).

**Come sancito dall'art. 10 ex d.lgs. 33/2013, il Piano della Prevenzione della Corruzione identifica i Responsabili della Pubblicazione dei dati ed i responsabili degli obblighi di trasmissione dei dati per la loro pubblicazione.**

**Misure 2022**

- approvazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017 (Delibera n. 27 del 30.01.2015);
- introduzione all'interno del Piano delle Performance 2021 – 2023 di una specifica dimensione **“la prospettiva della trasparenza, integrità e di prevenzione della corruzione”**, a cui vengono attribuiti specifici obiettivi;
- attivazione sul sito web aziendale di una ulteriore sezione dedicata denominata **“Regolamenti”** nella quale sono pubblicati tutti i Regolamenti adottati dall'Azienda;
- verifiche periodiche semestrali a cura del Responsabile della Trasparenza sull'effettivo grado di assolvimento degli adempimenti da parte dei vari Responsabili individuati dal Programma della Trasparenza;
- monitoraggio sulle liste di attesa, prenotazioni visite in intramoenia;
- Qualificazione della Stazione Appaltante;
- Relazione sul grado di scostamento rispetto gli obblighi di Trasparenza previsti nella scheda di Budget 2021 per le UU.OO.CC Tecnico, Amministrative, Professionali e Sanitarie.
- Relazione all'OIV sul grado di raggiungimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla verifica annuale secondo la scheda di rilevazione dell'anno 2021 e 2022.(ANAC)
- Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.
- Piano Formativo Aziendale ed adesione al programma di Valore PA (INPS) per i dipendenti pubblici.
- Rilascio nuovo software per la pubblicazione degli obblighi d.lgs 33/2013

**Misure 2023**

- adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione 2024-2026 integrato con il **-P.I.A.O.-**
- ricognizione trimestrale rispetto gli obblighi di trasparenza;
- aggiornamento sezione bandi di concorso e bandi di gara e contratti che per l'anno 2023 dovranno transitare all'interno delle sezioni di pertinenza. In particolare, l'applicazione dell'art.1, comma145 della Legge di Bilancio Legge 27 dicembre 2019 - pubblicata nella GU n. 304 del 30/12/2019; (**pubblicazione delle graduatorie e nominativi dei vincitori e degli idonei e gli eventuali scorrimenti della stessa**)
- aggiornamento regolamento Aziendale per la gestione delle attività degli studi clinici;
- Aggiornamento del regolamento gestione schorts-list;
- Adozione Codice Etico Aziendale;
- verifiche semestrali a cura dell'ufficio del RPC sull'effettivo grado di assolvimento degli adempimenti da parte dei vari Responsabili individuati dal Programma della Trasparenza, ed avvio del procedimento del blocco del salario di risultato per i Dirigenti inadempienti;
- Formazione specifica per la stazione appaltante;
- Formazione a tutte le UU.OO.CC tecniche, amministrative e professionali per la pubblicazione degli obblighi di pubblicità all'interno del nuovo software dell'amministrazione trasparente;
- Monitoraggio affidamenti per lavori tecnico manutentivi sotto i 10.000 euro;
- pubblicazione dei dati degli studi clinici nella sezione altri contenuti dell'Amministrazione Trasparente;
- Avvio certificazione di qualità per l'Ufficio Relazione con il Pubblico ed il CUP Aziendale;
- Proposta del Regolamento Aziendale per la Rotazione ordinaria del personale.



