 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO</p>	<p>PIAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 1 di 83</p>
--	---------------------------	-----------------------



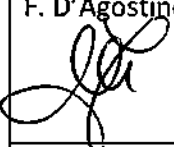
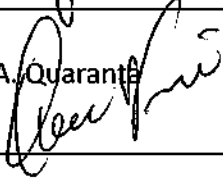
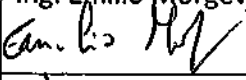
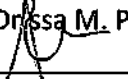


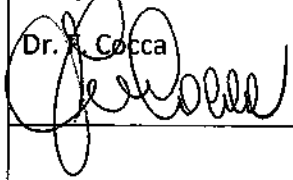

PIAO
(Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

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



2023-2025

ESTENSORI DEL DOCUMENTO

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

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

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


SOMMARIO

SOMMARIO	3
PRESENTAZIONE DEL PIAO	5
1 SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
1.1 I DATI DI ATTIVITÀ.....	9
DI SEGUITO SI RIPORTANO I PRINCIPALI DATI DI ATTIVITÀ A TESTIMONIARE IL RUOLO CHE L'AZIENDA SVOLGE SUL TERRITORIO.....	9
2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	12
2.1 VALORE PUBBLICO.....	12
2.1.1 RISULTATI ATTESI IN TERMINI DI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI	12
2.1.2 PORTALE DEI SERVIZI AL CITTADINO	14
2.1.3 APP SU PC, SMARTPHONE E TABLET	15
2.1.4 MONITORAGGIO DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO	15
2.2 PERFORMANCE	16
2.2.1 PROGRAMMAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE, DI EFFICIENZA E DI EFFICACIA	16
2.2.2 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	17
2.2.3 DETERMINAZIONE DEI TARGET	19
2.2.4 VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	19
2.2.5 VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	19
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	21
2.3.1 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO	22
2.3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO	22
2.3.3 ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA	22
2.3.4 CODICI DI COMPORTAMENTO	24
2.3.5 MISURE IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI	24
2.3.6 WHISTEBLOWING	25
2.3.7 FORMAZIONE	25
2.3.8 OBIETTIVI DELLE UU.OO AMMINISTRATIVE	28
2.3.9 RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	28
2.3.10 DIRIGENTI AZIENDALI	28
2.3.11 COMMISSIONE INTERNAL AUDIT SUI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI	29
2.3.12 RUOLO DELL'OIV NELLE ATTIVITÀ IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE IN VIRTÙ DELLE MODIFICHE ALLE FUNZIONI AD OPERA DEL D.LGS. N. 97/16	29
2.3.13 L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	30
2.3.14 I DIPENDENTI	30
2.3.15 NUCLEO ISPETTIVO AZIENDALE	30
2.3.16 LA GESTIONE DEL RISCHIO	31
2.3.17 M01 - ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA	32
2.3.18 M02 - CODICI DI COMPORTAMENTO	37
2.3.19 M03 - INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI E MONITORAGGIO TERMINI PROCEDIMENTALI	38



2.3.20	M04 - CONFLITTO DI INTERESSI E CONTROLLO SULLE DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DELL'ART.6 BIS DELLA LEGGE 241/90...	39
2.3.21	M05 - INCONFERIBILITÀ INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI E INCARICHI AMMINISTRATIVI DI VERTICE	40
2.3.22	M06 - INCARICHI D'UFFICIO, ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI VIETATI AI DIPENDENTI	41
2.3.23	M07 - FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI FORMAZIONE DI COMMISSIONI DI AGGIUDICAZIONE E ULTERIORI MISURE PER I CONTRATTI PUBBLICI.....	41
2.3.24	M08 - WHISTLEBLOWING	43
2.3.25	M09 - PATTI DI INTEGRITÀ.....	44
2.3.26	M10 - LA FORMAZIONE.....	44
2.3.27	M11 - ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE.....	45
2.3.28	IL DIVIETO DI PANTOUFLAGE.....	46
2.4	SEZIONE TRASPARENZA.....	48
2.4.1	I RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE E PUBBLICAZIONE DEI DOCUMENTI, INFORMAZIONI E DATI	53
2.4.2	UFFICIO URP.....	53
2.4.3	MISURE ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE LA REGOLARITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI – IL SUCCESSIVO MONITORAGGIO E LA VIGILANZA SUGLI OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ.....	54
2.4.4	MISURE PER GARANTIRE LA EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO	54
2.4.5	REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE.....	55
2.4.6	TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG.UE2016/679).....	56
3	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	58
3.1	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	58
3.1.1	ORGANIGRAMMA.....	58
3.1.2	LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA	61
3.1.3	AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE.....	63
3.1.4	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	63
3.1.5	LIVELLO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO	64
3.1.6	MISURE ORGANIZZATIVE PER IL RIENTRO IN PRESENZA DEI LAVORATORI.....	67
3.1.7	MISURE ORGANIZZATIVE PER L'ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	68
3.1.8	SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE.....	69
3.1.9	CONDIZIONI TECNOLOGICHE	70
3.1.10	GLI OBIETTIVI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA.....	70
3.2	PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE	76
3.2.1	CONSISTENZA DEL PERSONALE.....	76
3.2.2	PIANO TRIENNALE DI FABBISOGNO DEL PERSONALE.....	76
3.3	FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	79
4	EFFICIENTAMENTO ENERGETICO	81
5	MONITORAGGIO	83



 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO</p>	<p>PIAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 5 di 83</p>
--	---------------------------	-----------------------

PRESENTAZIONE DEL PIAO

Col Decreto legge n° 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge n° 113 del 6 agosto 2021, è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il suo scopo è quello di integrare i diversi strumenti di programmazione utilizzati sino ad oggi in un piano unico. Esso deve essere inteso come una sorta di “testo unico” della programmazione, creato soprattutto, in piena coerenza con gli obiettivi del PNRR, in un’ottica di semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

In tal senso, il PIAO sostituisce ed accoglie importanti forme di pianificazione tra cui spiccano:

- il Piano della Performance (PP), poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- il Piano Operativo per il Lavoro Agile (POLA) ed il Piano della Formazione (di qui innanzi PF), poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP), poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Piano per l’Anticorruzione e la Trasparenza (PAT), poiché dovrà definire le modalità per raggiungere la piena correttezza amministrativa e trasparenza nello svolgimento delle attività di organizzazione.

L’innovazione sostanziale del PIAO, però, risiede soprattutto nella “logica programmatica” che può essere sintetizzata con la formula seguente.

PIAO = +SALUTE –RISCHI +PERFORMANCE +VALORE PUBBLICO


Il PIAO, dunque, persegue l’incremento del valore pubblico delle organizzazioni laddove, per valore pubblico si intende:

- in senso stretto, il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da una Pubblica Amministrazione (PA) rispetto ad una baseline.
- in senso ampio, il coinvolgimento e la motivazione di dirigenti e dipendenti che conducono alla cura della salute delle risorse e al miglioramento delle performance di efficienza e di efficacia in termini di impatti misurabili.

In tale prospettiva, il valore pubblico:

- si crea programmando obiettivi operativi specifici (con relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva,





temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere;

- si protegge programmando misure specifiche e generali di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (con relativi indicatori).

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


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

Ai sensi del Decreto del Dipartimento della Funzione Pubblica n° 132 del 30 giugno 2022, tale documento comprende, oltre ad una scheda anagrafica dell'Azienda, varie sezioni riguardanti il valore pubblico, la performance, l'anticorruzione, l'organizzazione, il capitale umano ed il monitoraggio. Le sezioni sono a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali.

Il Direttore Generale

Maria Morgante



 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO</p>	<p>PIAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 7 di 83</p>
--	---------------------------	-----------------------

1 SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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



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

La DGRC 378/2020 "Adozione del Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione e aggiornamento DGRC 304/2020", in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID19, programma poi ulteriori 4 posti letto di terapia intensiva per il Presidio Ospedaliero G. Rummo.

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

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



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

1.1 I DATI DI ATTIVITÀ

Di seguito si riportano i principali dati³ di attività a testimoniare il ruolo che l'Azienda svolge sul territorio.

Ricoveri DO			
	2020	2021	2022
N. Ricoveri	10.002	10.066	9.608
Gg degenza	76.930	75.214	67.299
Degenza Media	7,69	7,47	7,00
Peso medio	1,27	1,27	1,19
Rimborso DRG	41.988.618 €	42.124.963 €	36.677.543 €
DRG medio	4.198 €	4.185 €	3.817 €

Ricoveri DH			
	2020	2021	2022
N. Ricoveri	3.529	3.642	2.871
N. Accessi	16.192	15.827	14.540
Accessi medi	4,59	4,35	5,06
Peso medio	0,74	0,74	1,04
Rimborso DRG	5.074.873 €	4.853.517 €	8.383.869 €
DRG medio	1.438 €	1.333 €	2.920 €

I dati previsionali del 2022 (stimati sulla base di quanto presente attualmente sul sistema ADT e in attesa di consolidamento una volta consolidato il flusso SDO) mostrano una lieve flessione della produzione rispetto al 2021, la riduzione del peso medio e del valore della produzione che è dovuta in parte ai minori interventi chirurgici eseguiti, a seguito della carenza di anestesisti, oltre al fatto che l'attività ospedaliera nella prima metà del 2022 è stata rivolta sostanzialmente all'assistenza ai pazienti COVID19 mentre la riapertura di alcuni reparti è avvenuta solo nella seconda metà dell'anno.

³ I dati sono stati stimati in base a quanto riportato sul sistema ADT interno in quanto il dato consuntivo sarà disponibile entro marzo 2023)



Accessi Pronto Soccorso			
	2020	2021	2022
Codice Bianco	1.034	607	754
Codice Verde	6.553	16.439	19.497
Codice Azzurro		6.818	8.985
Codice Giallo	16.197		
Codice Arancio		6.749	7.247
Codice Rosso	1.002	1.444	1.731
Codice Nero	4	5	1
TOTALE	24.790	32.062	38.215

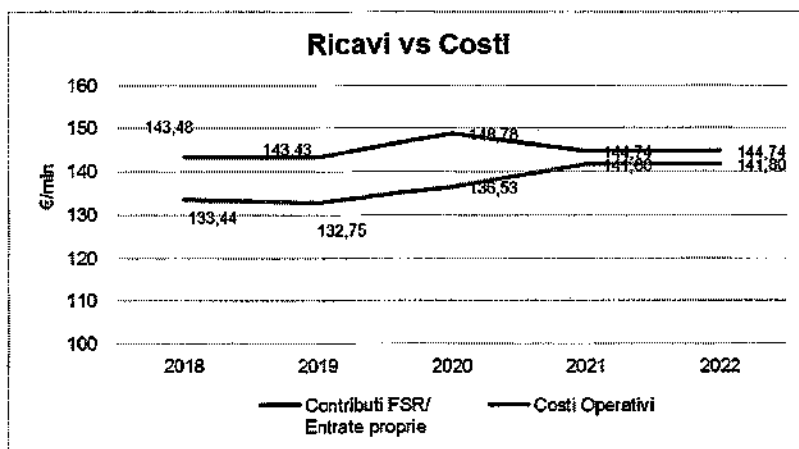
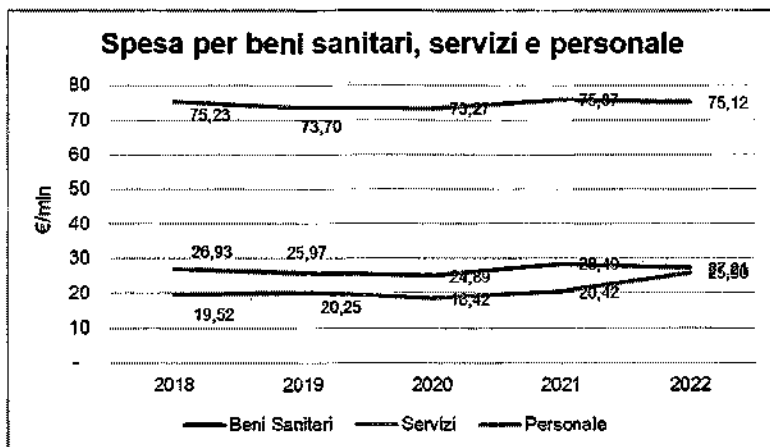
In merito agli accessi al Pronto Soccorso si evidenzia un dato in aumento rispetto al 2021, sinonimo sia di una ripresa dell'attività che di una migliore organizzazione aziendale nella gestione dei percorsi per assistere sia i malati COVID19 che i pazienti affetti da altre patologie. Si rileva come a partire dall'anno 2021 è stata adottata la nuova classificazione nazionale per i codici triage, che prevede non più 5 ma 6 classi di accettazione (introduzione dei codici azzurro e arancio e dismissione del codice giallo).

Branche Tetti	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
BRANCHE A VISITA	8.260	14.241	19.130	30.174	30.509	44.402	43.382	59.931
CARDIOLOGIA	1.461	1.077	3.300	2.300	4.957	3.060	6.747	4.182
DIABETOLOGIA	999	-	2.456	-	3.821	-	5.351	-
DIALISI	2.692	2.590	4.555	4.935	6.916	7.161	9.035	9.297
MEDICINA FISICA E RIABIL.	290	770	1.133	1.820	1.910	2.767	2.840	4.294
MEDICINA NUCLEARE	-	-	-	-	-	-	-	-
PATOLOGIA CLINICA	45.086	64.314	93.051	151.267	143.806	230.081	215.022	311.357
RADIODIAGNOSTICA	2.158	3.743	5.068	8.157	7.235	12.177	11.891	18.428
RADIOTERAPIA	2.565	2.364	5.004	6.724	7.962	10.239	11.087	13.237
Totale	63.511	89.099	133.697	205.377	207.116	309.887	305.355	420.726

Branche Tetti	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
BRANCHE A VISITA	194.516 €	325.512 €	448.614 €	685.707 €	708.548 €	1.009.143 €	1.009.656 €	1.372.378 €
CARDIOLOGIA	37.523 €	24.748 €	89.409 €	53.365 €	137.261 €	70.087 €	191.005 €	97.188 €
DIABETOLOGIA	17.220 €	- €	43.076 €	- €	68.773 €	- €	95.922 €	- €
DIALISI	291.301 €	286.050 €	488.660 €	562.651 €	740.917 €	847.272 €	980.130 €	1.072.971 €
MEDICINA FISICA E RIABIL.	5.970 €	16.831 €	24.212 €	39.479 €	41.026 €	60.274 €	60.097 €	93.265 €
MEDICINA NUCLEARE	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
PATOLOGIA CLINICA	261.678 €	307.243 €	585.307 €	722.296 €	886.580 €	1.121.877 €	1.246.175 €	1.546.941 €
RADIODIAGNOSTICA	162.979 €	313.558 €	376.356 €	691.834 €	542.506 €	1.032.048 €	903.869 €	1.519.849 €
RADIOTERAPIA	159.515 €	149.932 €	328.012 €	412.366 €	488.858 €	631.593 €	678.886 €	821.210 €
Totale	1.130.702 €	1.423.874 €	2.383.646 €	3.167.898 €	3.614.469 €	4.772.294 €	5.185.740 €	6.623.792 €

Rispetto alle prestazioni di specialistica ambulatoriale risulta un aumento nel 2022 rispetto al 2021, sia in termini di numero di prestazioni che di valore della produzione. Ciò è imputabile sia ad una maggiore attività rispetto al 2021 a seguito della riapertura di diversi ambulatori dopo la pandemia che ad una migliore rendicontazione dei flussi di attività a seguito della messa a regime del nuovo sistema CUP regionale.






In attesa della chiusura del Bilancio 2022, al fine di fornire una fotografia dell'andamento dell'Azienda, il valore 2022 della spesa per beni sanitari, servizi e personale è stata stimata sulla base del III Trimestre 2021 rispetto al Consuntivo 2021 mentre il valore complessivo di costi e ricavi si è considerato pari al 2021.

	2020	2021	2022
Personale a tempo Indeterminato	1.226	1.229	1.263
- Medici	261	273	258
- Dirigenti non medici	34	43	45
- Personale non dirigente	931	913	960
Personale a tempo determinato	22	57	55
TOTALE	1.248	1.286	1.318

Il personale in servizio al 31.12.2022 è pari a 1.318 unità, così suddiviso:

- 258 medici;
- 45 dirigenti non medici;



 <p> AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO </p>	PIAO 2023-2025	Pagina 12 di 83
---	-------------------	-----------------

- 960 personale non dirigente;
- 55 unità di personale a tempo determinato

Nel dettaglio si rileva rispetto al 2021 una riduzione del numero di medici (-15 unità) e di personale a tempo determinato (-2 unità), ed un aumento del numero di dirigenti non medici (+2 unità) e di personale non dirigente (+ 47 unità).

2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

2.1.1 Risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici

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

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

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

Nella catena logica della valutazione delle performance (si veda oltre) si distinguono 3 livelli:

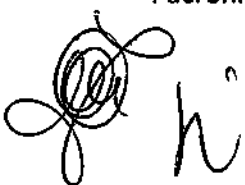
-livello politico istituzionale, nell'ambito del quale si definiscono le missioni, i programmi e le priorità politiche;

-livello strategico, che prevede la traduzione delle missioni, dei programmi in obiettivi strategici;

-livello operativo, che individua gli obiettivi operativi declinati dagli obiettivi strategici.

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

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




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

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

Vengono, quindi, definiti nell'ambito della strategia aziendale:

-gli obiettivi della Direzione Generale, con riferimento all'andamento globale delle attività amministrative, di cui risponde alla Regione (obiettivi generali o strategici);

-gli obiettivi dei Dirigenti o Responsabili di UOC/UOSD, con riferimento al contributo fornito da ciascuna area al raggiungimento dei risultati della Direzione Generale a cui rispondono (obiettivi generali e specifici);

-gli obiettivi dei responsabili di UOS da parte dei Direttori di UOC o dei titolari di posizioni organizzative da parte del Dirigente del SITRO, con riferimento al contributo fornito da ciascuno di essi al raggiungimento dei risultati dell'Area o della Struttura a cui afferiscono, rispondendone al Responsabile (obiettivi specifici);

-gli obiettivi del restante personale sanitario- amministrativo (obiettivi specifici).

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

-definizione dei processi formativi al fine di migliorare le competenze del personale interno;

-determinazione del fabbisogno di personale e del relativo standard di riferimento;

-reingegnerizzazione dei processi al fine di semplificare le procedure interne e ridurre i tempi per l'erogazione dei servizi;


-migliorare l'accessibilità (fisica e digitale) ai servizi da parte dei cittadini;


-garantire la parità di genere;

-organizzazione del lavoro agile;

-assicurare la trasparenza e la prevenzione dei rischi.

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



 <p> AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO </p>	<p> PIAO 2023-2025 </p>	<p>Pagina 14 di 83</p>
---	--	------------------------

2.1.2 Portale dei servizi al cittadino

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

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

In tale ottica, l'Azienda implementerà, secondo il vigente Codice degli Appalti, una specifica linea progettuale volta ad offrire un servizio efficiente, tecnologico, rapido ed economico ai suoi utenti attraverso l'attivazione di un **Portale dei Servizi al Cittadino** (di qui innanzi solo Portale).

Il Portale rappresenterà il punto di contatto tra i due attori mettendo al servizio dei cittadini una serie di servizi on-line utilizzabili sia in chiaro che, come da normativa vigente, previo riconoscimento con Identità Digitale SPID.

Il Portale consentirà di digitalizzare i servizi offerti dall'Azienda di cui il cittadino potrà usufruire on-line in modo semplice e rapido.

Il tutto con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo del valore pubblico ed al mantenimento di elevati livelli di qualità dei servizi al cittadino.

La realizzazione del Portale prevederà, quale primo passo, l'accesso "virtuale" all'Azienda ed ai suoi servizi attraverso SPID a garanzia della sicurezza e della protezione dei dati.

Tra i servizi resi disponibili dopo aver effettuato l'accesso al Portale, saranno previsti:

- il download delle cartelle cliniche digitalizzate dei pazienti;
- l'integrazione con i servizi di Pagamento online (Mypay con integrazione App IO) per consentire al paziente di effettuare il pagamento del ticket direttamente dalla piattaforma web;
- ritiro on line dei referti radiologici e di laboratorio con gestione di consenso informato e deleghe;
- prenotazioni on line;
- monitoraggio del paziente in Pronto Soccorso.

L'Azienda si doterà di una piattaforma applicativa web based capace di archiviare e successivamente consentire la consultazione dei documenti sanitari da parte del paziente; una piattaforma pienamente conforme con il sistema informativo in uso all'Azienda.

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



Ciò garantirà al cittadino la piena fruizione del servizio in qualunque momento ed in qualunque luogo sempre nel pieno rispetto dei requisiti sulla privacy.

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

La piattaforma, inoltre, dovrà:

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

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

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

2.1.3 APP su pc, smartphone e tablet

L'Azienda intende sviluppare, attraverso assegnazioni in outsourcing secondo il vigente Codice degli Appalti, un' App che servirà ad espandere le funzionalità già fornite al cittadino attraverso il Portale di cui al punto 2.1.2.

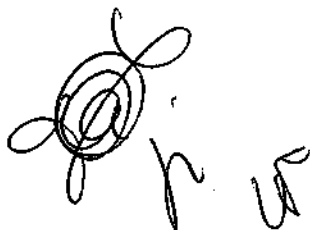
L'App consentirà di accedere attraverso dispositivi come personal computer oppure smartphone ai vari sistemi informativi delle strutture sanitarie del territorio, quali:

- i servizi CUP;
- i sistemi di cassa al fine di consentire i pagamenti tramite PagoPA;
- il repository documentale per la ricerca e download dei referti;
- il sistema di gestione delle code (Taglia Code) per la prenotazione di uno slot di chiamata;
- l'ufficio URP per la raccolta di segnalazioni o richieste di supporto tecniche e/o sanitarie.

2.1.4 Monitoraggio del paziente in pronto soccorso

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

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



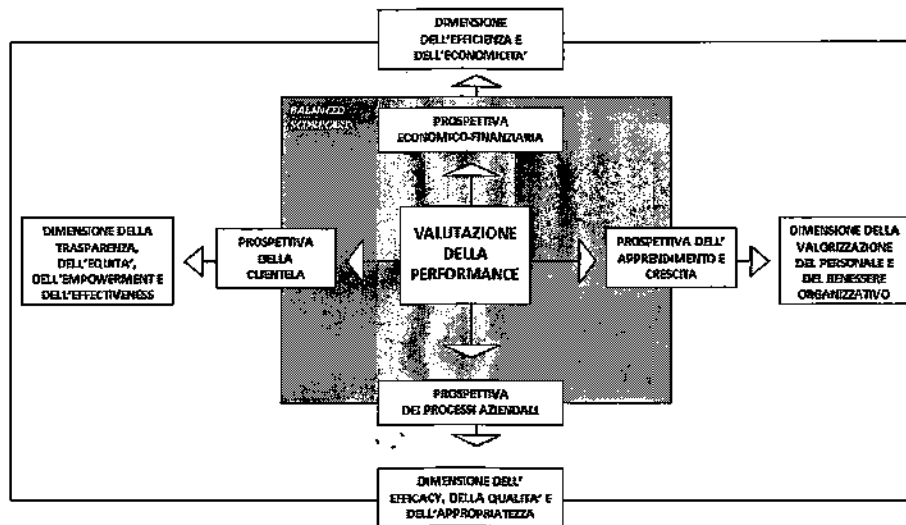
2.2 PERFORMANCE

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

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

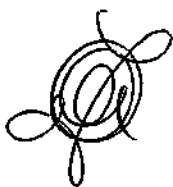
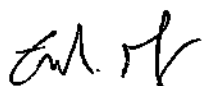
- Area dell'efficienza e dell'economicità;
- Area della valorizzazione del personale e del benessere organizzativo;
- Area dell'efficacy (esiti), della qualità e dell'appropriatezza organizzativa;
- Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza, dell'equità e dell'empowerment.

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



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

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

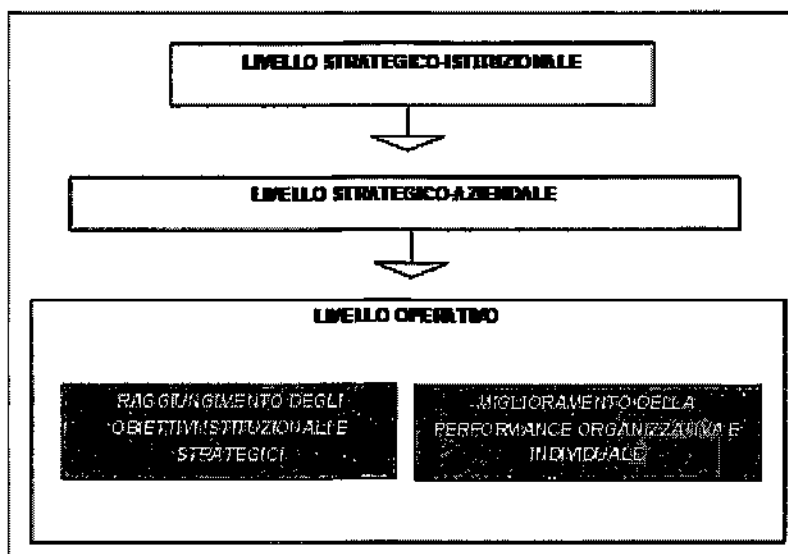



I Direttori/Responsabili di struttura, a loro volta, e senza mai configgere con gli obiettivi assegnati a ciascuna articolazione organizzativa, assegnano specifici obiettivi ai singoli professionisti per la misurazione della performance individuale e considerando contestualmente le competenze ed i comportamenti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

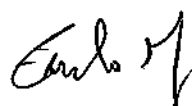
Analogamente vengono declinati specifici obiettivi strutturali ed individuali per il personale del comparto, anch'essi coerenti con gli obiettivi operativi attribuiti alle strutture di appartenenza

2.2.2 L'albero della performance

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



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

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

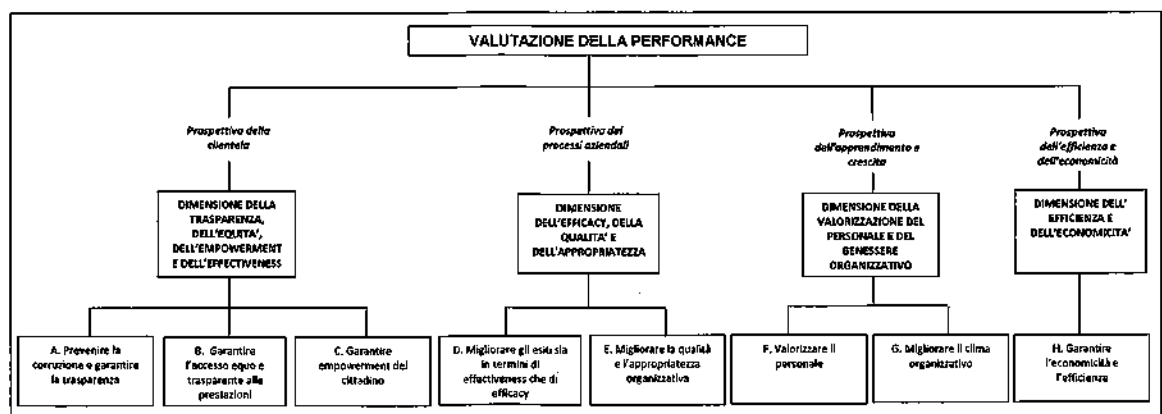
All'interno della logica di albero della performance, **ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi** per ciascuno dei quali vanno definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

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

Essi individuano l'obiettivo operativo, a cui si associano uno o più indicatori.

Ad ogni indicatore è attribuito:

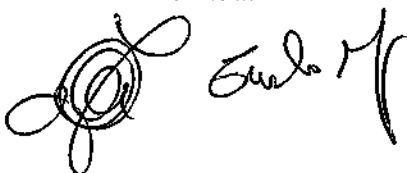
- un valore baseline e un valore programmato o atteso (target);
- le azioni da porre in essere e la relativa tempistica;
- le responsabilità organizzative, identificando un solo responsabile per ciascun obiettivo operativo.



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

- A. Prevenire la corruzione e garantire la trasparenza;
- B. Garantire l'accesso equo e trasparente alle prestazioni;
- C. Garantire l'empowerment del cittadino;
- D. Migliorare gli esiti sia in termini di effectiveness che di efficacy;
- E. Migliorare la qualità e l'appropriatezza organizzativa;
- F. Valorizzare il personale;
- G. Migliorare il clima organizzativo;
- H. Garantire l'economicità e l'efficienza

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



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

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

2.2.3 Determinazione dei target

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

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

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

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

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

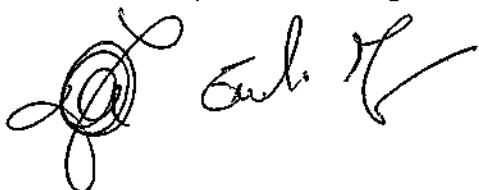
Il dettaglio dei singoli indicatori è riportato nell'appendice 1.

2.2.4 Valutazione della performance organizzativa

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

2.2.5 Valutazione della performance individuale

La valutazione delle prestazioni e dei risultati è finalizzata al progressivo miglioramento delle prestazioni erogate e dell'organizzazione del lavoro, nonché alla crescita professionale dei



dipendenti attraverso una maggiore partecipazione dei singoli al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda.

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

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

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

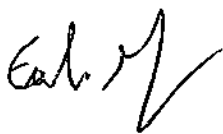
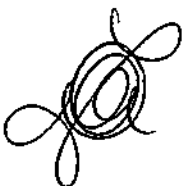
I parametri di valutazione della performance sono riferiti all'adeguatezza ed al raggiungimento del risultato atteso nonché all'efficacia ed all'efficienza.

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

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

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

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



- Pari opportunità: deve essere garantita un'azione costante e decisa per le pari opportunità tra i generi, per garantire l'effettiva uguaglianza, la valorizzazione del benessere di chi lavora, contro ogni discriminazione.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Con l'entrata in vigore del nuovo "Piano Nazionale Anticorruzione", pubblicato nel Dicembre 2022, sono stati resi noti i nuovi indirizzi che l'ANAC ha introdotto in materia di prevenzione del rischio corruttivo e trasparenza.

Le disposizioni contenute nel PNA vigente impattano, inevitabilmente, sulla mappatura dei rischi e sul monitoraggio, attività strettamente collegate al raggiungimento di adeguati livelli della Performance, tanto nella sua dimensione individuale che nella sua dimensione organizzativa.

Il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione, mettendo in risalto il virtuoso utilizzo dei fondi comunitari PNRR, la cui sesta missione è dedicata integralmente alla "Sanità", impone di porre particolare attenzione alla prevenzione del rischio corruttivo nel settore dei contratti pubblici; tanto nella fase preliminare all'aggiudicazione, che durante la fase esecutiva.

In linea con gli indirizzi dell'Organismo Indipendente di Valutazione, nel corso dell'anno corrente, il RPCTT si impegnerà a coordinare le attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, programmando una nuova mappatura dei rischi, finalizzata al raggiungimento di un adeguato livello della "Performance" ed alla creazione di "Valore Pubblico", obiettivo strategico del PNA.

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

Con l'introduzione del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione, si è resa necessaria l'introduzione di un "Obiettivo Strategico" quale la creazione di "Valore Pubblico", centrale per ciascuna Pubblica Amministrazione.

E' questa la ragione tale per cui appare preferibile integrare gli "Obiettivi delle UU.OO. amministrative", già introdotti nel PIAO, con gli "Obiettivi Strategici" previsti nel PNA e che intercettano, inevitabilmente, la trasparenza.

La creazione di "Valore Pubblico" si sostanzia nel rafforzamento delle misure di prevenzione riguardanti la gestione dei fondi Europei e del PNRR con specifico riferimento alla:

- gestione degli appalti pubblici e del personale;
- aggiornamento della regolamentazione interna;



- miglioramento continuo della sezione *“Amministrazione Trasparente”* e dei dati presenti all’interno di tale sezione;
- digitalizzazione delle procedure;
- integrazione tra performance, trasparenza ed anticorruzione cui si ricollega il completamento delle attività di formazione trasversale per area e per ruolo.

2.3.1 Attività di monitoraggio

L’attività di monitoraggio dei processi aziendali vedrà il coinvolgimento sia del contesto interno che di quello esterno, di cui sono parte integrante gli *“Stakeholders”* ed i soggetti della società civile.

Per quanto attiene il contesto interno verranno previsti dei canali di ascolto che consentiranno agli interessati di presentare osservazioni, di evidenziare criticità in un’ottica di miglioramento del benessere organizzativo e, consequenzialmente, di incremento del livello performance.

L’attività di monitoraggio sarà frutto di una attenta programmazione che vedrà coinvolti, unitamente al RPCTT ed ai *“Dirigenti”*, altresì i *“Referenti”* ed i *“Responsabili degli uffici.”*

Nel corso del 2023 le verifiche saranno più frequenti: queste avverranno, quanto meno, due o tre volte nel corso dello stesso.

2.3.2 La gestione del rischio

Il RPCTT, attualmente in carica, darà seguito ad una rivisitazione della mappatura dei rischi che integrerà gli indirizzi inseriti nel PIAO con quanto previsto dal vigente PNA.

La prevenzione della corruzione, integrandosi con la creazione di *“Valore pubblico”*, deve essere orientata ad un corretto utilizzo dell’azione amministrativa, ad una riduzione degli sprechi ed a favorire l’apprendimento collettivo mediante lo strumento della formazione.

Nella nuova mappatura, la prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale – con particolare riferimento all’utilizzo dei fondi PNRR - ricoprirà un ruolo di fondamentale importanza.

La mappatura del rischio si suddividerà in due sotto fasi: nella prima si darà seguito ad un’analitica illustrazione dei processi e dei relativi rischi, soffermandosi – in particolar modo – su quelli in cui il rischio è potenzialmente più elevato. Il rischio dovrà, pertanto, essere identificato, analizzato e adeguatamente ponderato. Effettuata la mappatura, attraverso la seconda fase, si procederà con la valutazione dello stesso.

2.3.3 Adempimenti relativi alla trasparenza

La trasparenza ricopre un ruolo centrale all’interno del PIAO permettendo la massima conoscibilità dell’organizzazione, delle attività realizzate, delle connessioni e del grado di soddisfazione degli utenti e degli stakeholders.



Il monitoraggio sulla trasparenza sarà volto a verificare se l'A.O. ha individuato misure organizzative in grado di assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi, pubblicati all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente", e presenterà le seguenti finalità:

- Controllo da parte del RPCTT dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi;
- Incremento della trasparenza, mediante la pubblicazione di "Dati Ulteriori" - con particolare riferimento ai fondi ottenuti mediante il PNRR.

All'interno dell'Azienda Ospedaliera "San Pio", il RPCTT svolgerà un ruolo di coordinamento nel monitoraggio dell'effettiva pubblicazione, introducendo un sistema che permetterà di responsabilizzare ogni singolo Ufficio e ciascun Dirigente.

Il monitoraggio verrà effettuato con una maggiore frequenza nel corso dell'anno solare e non si limiterà agli aspetti previsti per legge; particolare attenzione verrà attribuita ai dati che riguardano l'uso delle risorse connesse al PNRR, ai pagamenti del personale, ai consulenti, ai collaboratori ed agli interventi di emergenza.


In fase di monitoraggio, un ruolo di centrale importanza sarà, altresì, rivolto agli "Stakeholders", relativamente ai quali il RPCTT si impegnerà, mediante il coinvolgimento delle competenti strutture aziendali, ad individuare modalità più concrete per l'ascolto dei portatori di interesse e di valutare il livello di soddisfazione degli utenti.

L'adozione del PIAO cristallizza la centralità del coordinamento tra le sezioni parti integranti dello stesso, da cui discende la necessità di una virtuosa collaborazione tra il RPCTT ed i Responsabili delle altre sezioni. Ciascun Responsabile si impegnerà ad instaurare una efficace sinergia lavorativa ed un raccordo costruttivo con gli altri responsabili, in un'ottica di confronto, aggiornamento, scambio, buone pratiche e condivisione delle criticità.

In tale contesto l'OIV dovrà verificare:

- La coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e quelli dedicati alla performance all'interno del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- Le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure;
- I contenuti della Relazione Annuale del RPCTT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni. Nell'ambito di tale attività di controllo, l'OIV dovrà confrontarsi sia con il RPCTT - cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari - che con i dipendenti delle varie strutture aziendali, anche attraverso lo svolgimento di audizioni.

Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV potrà suggerire rimedi e soluzioni con la finalità di eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività ed efficacia della strategia di prevenzione.



Il RPCTT dovrà, altresì, tener conto di quanto evidenziato dall'OIV all'interno della Relazione sulla performance al fine di:

- Effettuare un'analisi volta a comprendere le ragioni che hanno determinato scostamenti rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione della corruzione;
- Individuare le misure correttive, coordinandosi con Dirigenti, Referenti e – più genericamente – con tutti coloro i quali prendono parte alle attività di gestione del rischio corruttivo.

2.3.4 Codici di comportamento

In applicazione di quanto disposto dal "*Piano Nazionale Anticorruzione*" attualmente vigente, il "*Codice di Comportamento dell'A.O. San Pio*" sarà aggiornato anche con l'introduzione del divieto di "*Pantouflage*".

Nel corso del 2023, il RPCTT dovrà, pertanto, svolgere un compito duplice: verificare la corretta attuazione delle misure previste, avvalendosi della collaborazione degli Uffici competenti, e svolgere una funzione consultiva, di supporto, che permetterà di raccogliere elementi, valutazioni e informazioni utili di varia natura.

2.3.5 Misure in materia di contratti pubblici

La disciplina dei contratti pubblici è stata investita da una serie di interventi legislativi, che hanno reso composito l'attuale quadro legislativo di riferimento.

All'interno dell'Azienda Ospedaliera, verrà attenzionata la procedura relativa all'individuazione di indicatori di anomalia che potrebbero comportare rischi di natura corruttiva, quali il frazionamento artificioso, ovvero un'alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto, al fine di non superare la soglia prevista per l'affidamento diretto.

Le misure di prevenzione della corruzione per le procedure ad evidenza pubblica di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria vertono sul tracciamento.

Oggetto di tracciamento saranno:


- Gli affidamenti di importo leggermente inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria che potrebbe determinare il mancato ricorso a delle procedure in deroga;
- Gli operatori economici che risultano affidatari ovvero aggiudicatari di contratti pubblici, al fine di verificare quali sono quelli più ricorrenti.

Unitamente al tracciamento saranno, altresì, introdotte delle verifiche a campione.

Con riferimento alle procedure negoziate dovrà, altresì, essere oggetto di analisi la rotazione degli operatori economici con l'obiettivo di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese.

Durante la fase esecutiva, invece, l'attenzione verterà sulle eventuali e/o possibili variazioni contrattuali come previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato con Delibera ANAC n. 7 del 17.01.2023.



	PIAO 2023-2025	Pagina 25 di 83
---	-------------------	-----------------

In attuazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sarà necessario garantire che l'ingente mole di risorse finanziate venga gestita nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria; di assenza di conflitto di interesse, frodi e corruzione. Sarà individuata una sezione all'interno di "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'A.O., denominata "Attuazione Misure PNRR", da implementare con i provvedimenti (delibere e determine) relativi alle procedure finanziate con gli specifici fondi in questione. Oltre al rispetto delle disposizioni di cui al D.lgs. 33/2013, l'A.O. si farà carico di conservare tutta la documentazione di progetto, anche in formato elettronico, garantendo il diritto di accesso civico generalizzato a qualsivoglia cittadino. Unitamente alla conservazione della documentazione, si provvederà a tracciare tutte le operazioni ed i fondi PNRR saranno soggetti ad apposita codificazione contabile.

2.3.6 Whistleblowing

La tutela del Whistleblower (si veda anche oltre) rappresenta uno degli aspetti meritevoli della massima attenzione e tutela all'interno dell'A.O. Nel contesto interno, si provvederà a migliorare la piattaforma che viene utilizzata per ricevere le segnalazioni anonime, favorendone l'utilizzo da parte dei potenziali futuri segnalanti. Nel corso dell'anno corrente, alla luce dell'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri in data 09/12/2022 del nuovo schema di Decreto Legislativo, in attuazione della Direttiva UE 2019/1937, si provvederà, in seguito al varo del nuovo Decreto Legislativo, ad introdurre nuove misure in attuazione di quanto previsto dalla nuova fonte normativa. L'AORN si è dotata di un sistema informatizzato di invio delle segnalazioni in grado di garantire un sistema di protezione rafforzato dando particolare riguardo alla tutela della riservatezza dell'identità del segnalante

2.3.7 Formazione

La formazione (si veda anche oltre) rappresenta uno strumento di fondamentale importanza all'interno dell'A.O., che racchiude una tripla finalità al proprio interno:

- adempiere agli obblighi previsti dalla normativa sulla prevenzione del rischio corruttivo;
- sensibilizzare i membri della dotazione organica sulla portata del rischio;
- prevenire il verificarsi di episodi di natura corruttiva, sfruttando la conoscenza della norma.

In applicazione degli indirizzi forniti all'interno del nuovo PNA, la formazione in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza continuerà a ricoprire un ruolo di centrale importanza all'interno dell'A.O. La formazione dovrà vertere, altresì, sul "Codice di comportamento", anche al fine di promuovere la creazione di "Valore Pubblico".

Unitamente all'erogazione della formazione, all'interno della Azienda Ospedaliera si introdurranno delle misure finalizzate a quantificare l'impatto statistico della formazione sugli




operatori aziendali. Verranno introdotti dei test di fine corso, utili a verificare il rapporto tra risultati ottenuti e risultati attesi.

L'impatto positivo della formazione permetterà, altresì, di fornire un supporto costruttivo per il coordinamento delle diverse sezioni del PIAO, con la finalità di raggiungere adeguati livelli di valutazione delle performances.

Saranno programmate sessioni formative specialistiche, aventi l'obiettivo di aumentare la sensibilità nei confronti del whistleblowing, del pantouflage, della corretta gestione del conflitto di interessi e di quanto il RPCTT ravviserà necessario, in caso di riscontrate criticità.

La necessità di garantire professionalità adeguata, unitamente al rispetto della rotazione degli incarichi per compiti ad elevato contenuto specialistico, quali quello del RUP, sarà resa possibile mediante lo svolgimento di specifiche sessioni formative. L'attività formativa avverrà nel rispetto di quanto previsto all'interno del Codice dei Contratti Pubblici.

La formazione specialistica in materia di "*Contratti Pubblici*" si rende necessaria dal momento che i fondi PNRR permetteranno di accedere a numerose opportunità che, però, celano numerosi rischi sia dal punto di vista operativo che nella gestione degli stessi fondi.

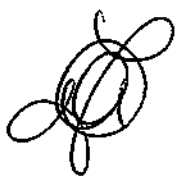
Sarà necessario che coloro i quali si occupano della gestione di questi fondi possano conoscere: i potenziali rischi connessi, le condotte virtuose da tenere nella gestione del danaro, il rispetto della trasparenza, i potenziali conflitti di interessi e le potenziali incompatibilità ed inconferibilità che potrebbero verificarsi.


Di seguito, il prospetto riepilogativo delle misure previste per il 2023



Indicatori di monitoraggio per tipologia di misura

Tipologia di misura	Indicatori	Target	Tempistica
Misure di regolamentazione	Aggiornamento della mappatura del rischio con il coinvolgimento dei responsabili dei processi	100% dei processi	entro il 31/12/2023
	Aggiornamento da parte delle strutture competenti del Codice di comportamento, particolarmente nella parte in cui non prevede il divieto di pantouflage	100%	entro il 31/12/2023
Misure di formazione	Formazione del personale in materia di anticorruzione e trasparenza	100% dei dipendenti	entro il 31/12/2023
Misure di trasparenza	Miglioramento continuo della sezione "Amministrazione Trasparente" e dei dati in essa presenti mediante la sollecitazione dei responsabili dei vari uffici all'implementazione dei dati	invio nota di sollecito	quadrimestralmente
	Creazione in "Amministrazione Trasparente" di un sottosezione denominata "Attuazione Misure PNRR"	Interazione con il CED per la creazione della sottosezione	entro il 30/06/2023
	Verifica degli adempimenti relativi alla trasparenza	10% delle sottosezioni di Amministrazione Trasparente	1° trimestre
		15% delle sottosezioni di Amministrazione Trasparente	2° trimestre
		20% delle sottosezioni di Amministrazione Trasparente	3° trimestre
30% delle sottosezioni di Amministrazione Trasparente		4° trimestre	
Misure di controllo	Tracciamento e verifica delle procedure ad evidenza pubblica di importo leggermente inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria	100%	entro il 31/12/2023
	Verifica dichiarazioni di inconfirabilità e/o incompatibilità degli incarichi	10% delle proroghe	1° trimestre
		15% delle proroghe	2° trimestre
		20% delle proroghe	3° trimestre
		30% delle proroghe	4° trimestre
	Verifica proroghe nei contratti di appalto	10% delle proroghe	1° trimestre
		15% delle proroghe	2° trimestre
		20% delle proroghe	3° trimestre
		30% delle proroghe	4° trimestre
	Verifica dell'inserimento della clausola di pantouflage nei contratti di reclutamento del personale	10% dei contratti	1° trimestre
15% dei contratti		2° trimestre	
20% dei contratti		3° trimestre	
	30% dei contratti	4° trimestre	
Misure di partecipazione	Attezionamento delle richieste pervenute sulla piattaforma di whistleblowing	100%	entro il 31/12/2023
Misure di semplificazione	Digitalizzazione delle procedure che consentano l'automatismo della pubblicazione dei dati su "Casa di vetro"	Avvio del processo di digitalizzazione	entro il 31/12/2023
Misure di rotazione	Tracciamento e verifica degli operatori economici al fine di assicurarne la rotazione	10% delle procedure	1° trimestre
		15% delle procedure	2° trimestre
		20% delle procedure	3° trimestre
		30% delle procedure	4° trimestre




 <p> AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO </p>	<p style="text-align: center;"> PIAO 2023-2025 </p>	<p style="text-align: right;"> Pagina 28 di 83 </p>
---	--	--

2.3.8 Obiettivi delle UU.OO amministrative

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

- adeguata valorizzazione della performance del personale dipendente, secondo criteri oggettivi e misurabili di imparzialità ed efficienza, con conseguente diversificazione dei punteggi attribuiti a ciascun dipendente;
- misure organizzative atte a garantire l'efficienza dell'azione amministrativa, in esecuzione del P.O.L.A;
- implementazione Procedure previste dal P.A.C. (Piano Attuativo Certificabilità) e/o eventuale aggiornamento per quanto di competenza;
- implementazione nuova ed organica architettura del sistema digitale aziendale;
- aggiornamento della regolamentazione relativa alla procedura di acquisti dei beni, servizi, lavori e investimenti;
- monitoraggio dei tempi di pagamenti in un'ottica di riduzione degli stessi;
- incentivazione del senso di appartenenza estendendo la formazione a profili professionali non ricompresi nelle precedenti edizioni.

2.3.9 Responsabile della prevenzione della corruzione

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

2.3.10 Dirigenti aziendali

I Dirigenti amministrativi, medici, sanitari e tecnici, invece, provvedono sotto il coordinamento del RPCTT nell'attività di mappatura dei processi che consente la individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. Il RPCTT dovrà provvedere ad un aggiornamento della mappatura dei processi con indicazione del livello di rischio corruttivo, interessando le varie Unità Operative del settore amministrativo e sanitario.

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




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

2.3.11 Commissione internal audit sui provvedimenti amministrativi

Con la delibera n. 23 del 21.01.2021, integrata dalla delibera n. 448 del 19.09.2022, è stata istituita la Commissione di Internal Audit su provvedimenti amministrativi con lo scopo di effettuare la verifica di conformità delle Determine Dirigenziali alla regolamentazione interna, ai processi aziendali ed alla loro corretta implementazione, in coerenza con la programmazione aziendale.

Le suindicate verifiche documentali di compliance vengono effettuate periodicamente su base campionaria.

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

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

2.3.12 Ruolo dell'OIV nelle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle funzioni ad opera del D.lgs. n. 97/16

In virtù dei poteri loro ascritti dalla legge e confermati nella delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016, i componenti dell'OIV:

- verificano la coerenza tra gli obiettivi descritti nei documenti strategico-gestionali e quelli indicati nel PIAO;



- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001);
- attestano il rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs. n. 33/13.

2.3.13 L'Ufficio procedimenti disciplinari

L'Ufficio procedimenti disciplinari:

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

2.3.14 I dipendenti

I dipendenti:

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

2.3.15 Nucleo ispettivo Aziendale

Costituito con delibera n. 104 del 07.03.2022 e rinnovato con delibera n. 31 dell'11.01.2023, il Nucleo Ispettivo Aziendale agisce sotto il coordinamento della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria in ragione della specifica tematica e svolge, su specifico mandato della Direzione Strategica di volta in volta conferito, compiti di verifica e controllo dei processi di funzionamento di tutte le attività dell'Azienda Ospedaliera, con particolare riferimento all'accertamento della regolarità dei processi e dei procedimenti, nonché dell'erogazione dei servizi ospedalieri e sanitari.

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



2.3.16 La gestione del rischio

Il PIAO può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'Ente.

Il processo di gestione del rischio si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

-mappatura dei processi attuati dall'amministrazione, ovvero la ricerca e descrizione dei processi attuati all'interno dell'Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l'accezione ampia contemplata dalla normativa e dal P.N.A.;

-valutazione del rischio per ciascun processo, attività complessa suddivisa nei seguenti passaggi:

- identificazione
- analisi attraverso la spiegazione del procedimento
- ponderazione del rischio.
- trattamento del rischio ovvero il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto.

NB:

La griglia allegata (Allegato 2), relativa alla mappatura dei processi, conferma i processi relativi all'A.O.R.N. "S. Pio" di Benevento e trovano altresì diretta applicazione nell'intera Azienda pluripresidiale (P.O. "G. RUMMO" e P.O. "S. ALFONSO MARIA DE' LIGUORI").

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

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




Le misure indicate costituiscono l'ossatura della sezione Anticorruzione e sono:

MISURA DI CONTRASTO	CODICE IDENTIFICATIVO MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione processi e monitoraggio	M03
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M04
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M05
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali.	M06
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di aggiudicazione ed ulteriori misure per i contratti pubblici	M07
Whistleblowing	M08
Patti di integrità	M09
Formazione	M10
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.	M11

2.3.17 M01 - Adempimenti relativi alla trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal dlgs 97/2016, si stabilisce che "All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza".

Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PIAO, in particolare nella sezione relativa alla "trasparenza", i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza.


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




STRUTTURA	DIRIGENTI	E.MAIL
U.O.C. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	DR.SSA IDA FERRARO	ida.ferraro@ao-rummo.it
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE	DR. AD INTERIM ING. EMILIO MORGEVI	emilio.morgevi@ao-rummo.it
U.O.C. AFFARI GENERALI	DR. SANTANELLI GIUSEPPE	uocaagll@ao-rummo.it
U.O.C. RISORSE UMANE	DR.SSA MARINA PINTO	marina.pinto@ao-rummo.it
U.O.C. PROVVEDITORATO ED ECONOMATO	DR.SSA M. NICOLETTA MERCURI	nicoletta.mercuri@ao-rummo.it
U.O.C. TECNICA PROGRAMMAZIONE CED	DR. ALBERTO DI STASIO	alberto.distasio@ao-rummo.it
IPASD FORMAZIONE	DR. FRANCESCO COCCA	francesco.cocca@ao-rummo.it
U.O.S.D. PROGRAMMAZIONE PROGETTAZIONE VALUTAZIONE STR. E GESTIONE DELLA PERFORMANCE	DR.SSA FEDERICA D'AGOSTINO	federica.dagostino@ao-rummo.it
U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA	ING. GIANPAOLO CATALANO	gianpaolo.catalano@ao-rummo.it
U.O.S.D. MEDICINA DEL LAVORO	DR. ADAMO FRANCESCO	francesco.adamo@ao-rummo.it
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA	DR.SSA FEDERICA D'AGOSTINO	federica.dagostino@ao-rummo.it
U.O.C. MANUTENZIONE E GESTIONE DEL PATRIMONIO	ING. IELE RAFFAELE	raffaele.iele@ao-rummo.it
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	DR. PASQUALE DI GUIDA	pasquale.diguida@ao-rummo.it
U.O.C. FARMACIA	DR.SSA ASSUNTA RACCA	assunta.racca@ao-rummo.it
U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE	DR. PRIZIO GUIDO	guido.prizio@ao-rummo.it




U.O.C. CHIRURGIA D'URGENZA	DR. BUONANNO MAURIZIO	maurizio.buonanno@ao-rummo.it
U.O.C. MEDICINA D'URGENZA E P.S.	DR. FRANCESCO MARCHESE	francesco.marchese@ao-rummo.it
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	DR. LUIGI MATERA	luigi.matera@ao-rummo.it
U.O.S.D. CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA DELLA MANO		
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	DR. SCAGLIONE GIUSEPPE	giuseppe.scaglione@ao-rummo.it
U.O.C. MEDICINA INTERNA	DR. FRANCESCO MARCHESE	francesco.marchese@ao-rummo.it
U.O.C. MALATTIE INFETTIVE	DR. ANGELO SALOMONE MEGNA	angelo.salomonemegna@ao-rummo.it
U.O.C. DERMATOLOGIA	DR. CUSANO FRANCESCO	francesco.cusano@ao-rummo.it
U.O.C. REUMATOLOGIA	DR.SSA FERRUCCI MARIAGRAZIA	mariagrazia.ferrucci@ao-rummo.it
U.O.S.D. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	DR. FRANCO ZERELLA	franco.zerella@ao-rummo.it
U.O.S.D - DAY HOSPITAL MEDICO	DR. DE VITA GIUSEPPE	giuseppe.devita@ao-rummo.it
U.O.C. OTORINOLARINGOIATRA	DR. DI MARIA DOMENICO	domenico.dimaria@ao-rummo.it
U.O.C. OCULISTICA	F.F. DR. GAETANO FERRANNINI	gaetano.ferrannini@ao-rummo.it
U.O.C. UROLOGIA	DR. LUIGI SALZANO	luigi.salzano@ao-rummo.it
U.O.S.D. AUDIOLOGIA E FONOLOGIA	DR. LUIGI CALIFANO	luigi.califano@ao-rummo.it
U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	F.F. DR. LEONARDO FERRARA	leonardo.ferrara@ao-rummo.it




U.O.C. NEONATOLOGIA CON TIN	DR. COCCA FRANCESCO	francesco.cocca@ao-rummo.it francesco1cocca@gmail.com
U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA DIAGNOSI PRENATALE	DR. ALFREDO NAZZARO	alfredo.nazzaro@ao-rummo.it
U.O.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	DR. PIETRO PISANO	pietro.pisano@ao-rummo.it
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE/ONCOLOGICA	DR. MARIO ANNECCHIARICO	mario.annechiarico@ao-rummo.it
U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA	DR. ANTONIO GRIMALDI	antonio.grimaldi@ao-rummo.it
U.O.C. RADIOTERAPIA	D.SSA TERESA PIRONTI	teresa.pironti@ao-rummo.it
U.O.C. SENOLOGIA	F.F. DR LUCIANO PALLADINO	luciano.palladino@ao-rummo.it
U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE	DR. VINCENZO PALMIERI	vincenzo.palmieri@ao-rummo.it
U.O.C. NEUROLOGIA	F.F. DR. MARCO SPARACO	marco.sparaco@ao-rummo.it
U.O.C. NEUROCHIRURGIA	DR. GIOVANI PARBONETTI	giovanni.parbonetti@ao-rummo.it
U.O.C. NEURORIANIMAZIONE		
U.O.C. NEURORADIOLOGIA	FF. DR FRANCESCO SAVARESE	francesco.savarese@ao-rummo.it
U.O.S.D. MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA	F.F. DR. RAIMONDO COCOZZA	Raimondo.cocozza@ao-rummo.it
U.O.C. CARDIOLOGIA UTIC EMODINAMICA INTERVENTISTICA	DR. MARINO SCHERILLO	marino.scherillo@ao-rummo.it
U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE	DR. RAZZANO DAVIDE	davide.razzano@ao-rummo.it
U.O.C. PNEUMOLOGIA	DR. MARIO DEL DONNO	m.deldonno@ao-rummo.it
U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DR. ALFONSO BENCIVENGA	alfonso.bencivenga@ao-rummo.it




U.O.S.D. ECOGRAFIA CENTRALIZZATA DIAGNOSTICA OPERATIVA		
U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	F.F. DR.SSA ANGELA MARCIANO	angela.marciano@ao-rummo.it
U.O.C. ANATOMIA ISTOLOGIA PATOLOGIA	F.F. DR. PASQUALE GOGLIA	pasquale.goglia@ao-rummo.it
U.O.C. PEDIATRIA	DR. ROBERTO DELLA CASA	roberto.dellacasa@ao-rummo.it
U.O.S.D. CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE ODONTOSTOMATOLOGIA	F.F. DR. NICOLA DE LUCA	nicola.deluca@ao-rummo.it
U.O.S.D. GENETICA MEDICA	F.F. DR. FORTUNATO LONARDO	fortunato.lonardo@ao-rummo.it
U.O.S.D. IMMUNOLOGIA TRASFUSIONE	F.F. DR. SERGIO GRAMAZIO	sergio.gramazio@ao-rummo.it
U.O.S.D. DIAGNOSTICA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA		
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI "SANT'ALFONSO MARIA DE' LIGUORI"	AD INTERIM DR. PASQUALE DI GUIDA	dirmed.santagata@ao-rummo.it
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE "SANT'ALFONSO MARIA DE' LIGUORI"	F.F. DR. PIERDOMENICO CECCARELLI	pierdomenico.ceccarelli@ao- rummo.it
U.O.C. MEDICINA GENERALE "SANT'ALFONSO MARIA DE' LIGUORI"	F.F. DOTT. VINCENZO CIOFFI	vincenzo.cioffi@ao-rummo.it

Normativa di riferimento:	- D.lgs.n.33/2013 - art.1,c.15,16,26,27,28,29,30,32,33e34, L. n. 190/2012 - Capo V della L. n. 241/1990
Azioni intraprese e da intraprendere:	- 2022:Implementazione del Registro informatico per monitorare le istanze di accesso - 2023: Svolgimento dei corsi di formazione in materia di trasparenza e privacy - 2024:monitoraggio implementazione informatizzazione e misure




Soggetti responsabili:	- RPCTT - Dirigenti
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano.

2.3.18 M02 - Codici di comportamento

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

Normativa di riferimento:	- art.54 del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art.1, comma 44, della L.190/2012 - D.P.R. 16 aprile 2013, n.62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165" - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)
Azioni intraprese e da intraprendere:	- 2022: Tavolo di lavoro su "Conflitto di interessi e Codici di comportamento" con AGENAS e Ministero della salute volto ad esaminare il livello di verifica del rispetto del Codice di comportamento; - 2023: introduzione di un questionario sulla qualità della prestazione medica in altre lingue in primis l'inglese; - 2024: costituzione di un registro per monitorare i rapporti tra medici e informatori farmaceutici;
Soggetti responsabili:	- RPCTT: Vigilanza su attuazione Codice di comportamento; - Tutti i Dirigenti: Attuazione e vigilanza sui dipendenti;
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano e da tutti i dipendenti.




2.3.19 M03 - Informatizzazione dei processi e monitoraggio termini procedurali

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

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

Azioni intraprese e da intraprendere:	<p>2022: Obbligo per i Dirigenti di relazione al RPCTT entro il 30.06.2022 sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori ed alla fattibilità e tempi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili.</p> <p>2023: implementazione dati relativi alle liste d' attesa (art 41 c. 6 , d.lgs. n. 33/13)</p> <p>2024: Messa a regime della misura</p>
Soggetti responsabili:	<p>- Tutti i Dirigenti inoltrano Report ogni 6 mesi RPCTT</p>
Note:	<p>misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano</p>




2.3.20 M04 - Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.6 bis della legge 241/90

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

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

In attuazione dell'articolo 1, comma9, lett. e) della legge n.190/2012, ed art.6 bis della legge 241/90 è inserita in ogni determina la seguente clausola di stile: *"dichiarata l'insussistenza del conflitto di interessi, anche potenziale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90, introdotto dalla L. 190/2012 e dalla Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza"*.

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

Normativa di riferimento:	-art.1,comma9, lett. e), legge n.190/2012 -artt. 6 e 7 D.P.R. n. 62/2013; - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)
Azioni intraprese e da intraprendere:	-2022: avvio di un monitoraggio sull'attuazione della misura tramite richiesta ai Direttori UU.OO.CC di una nota in cui danno contezza della verifica effettuata sui procedimenti del proprio settore in merito all'inserimento di una clausola di stile in tutte le determine. -2023: attività di monitoraggio nel settore appalti in rapporto all'art. 42 del Codice Appalti -2024: messa a regime della misura
Soggetti responsabili:	-tutti i Dirigenti di settore e tutti dipendenti e monitoraggio semestrale a campione del RPCT
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano




2.3.21 M05 - Inconferibilità incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice

I concetti di inconferibilità ed incompatibilità sono indicati nella disciplina speciale, intendendosi:

-per **“inconferibilità”** la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ovvero a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico;

-per **“incompatibilità”** l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

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

Normativa di riferimento:	-decreto legislativo n. 39/2013; -Determinazione n. 833 Anac/Regolamento ANAC n. 328/17 - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)
Azioni intraprese e da intraprendere:	-Autocertificazione all’atto del conferimento dell’incarico circa l’insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto citato; -Dichiarazione annuale nel corso dell’incarico sulla insussistenza delle cause di incompatibilità;
Soggetti responsabili:	Tutti i Dirigenti
Termine:	-2022: avvio della misura -2023: implementazione della misura -2024: messa a regime della misura
Note:	In caso di inadempimento è data facoltà al RPCT di intervenire anche attraverso specifiche sanzioni, salvo intervento di Anac previsto nella Determinazione Anac n. 831 del 3 agosto 2016.




2.3.22 M06 - Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra istituzionali vietati ai dipendenti

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

L'Azienda Sanitaria ha provveduto all'adozione di un Regolamento in materia con Delibera n.570 del 30.11.2017.

Normativa di riferimento:	-art. 53, comma 3-bis, d.lgs n. 165/2001; -art.1, comma 58-bis, legge n.662/1996; - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)
Azioni da intraprendere:	-sensibilizzare i dipendenti ad ottenere autorizzazione degli incarichi, eliminando situazione di criticità attraverso adozione di regolamento interno; -Collegamento con la Misura M02
Soggetti responsabili:	-Tutti i dipendenti interessati -RPCT per le attività di verifica e monitoraggio
Termine:	-2022: avvio della misura -2023: implementazione della misura -2024: messa a regime della misura Collegamento con le Misure M01, M02, M04 e M10
Note:	Il RPCT effettuerà controlli a campione nel corso dell'anno

2.3.23 M07 - Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici formazione di commissioni di aggiudicazione e ulteriori misure per i contratti pubblici

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

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




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

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

Inoltre, il dipendente , sia a tempo indeterminato che determinato, è tenuto a comunicare all'RPCTT di essere sottoposto a procedimento penale o di prevenzione per reati inclusi nel libro II, Titolo II , capo I.

In relazione alla formazione delle commissioni e alla nomina dei segretari, la violazione delle disposizioni sopraindicate si traduce nell' illegittimità dei provvedimenti conclusivi del relativo procedimento.

Tra le misure di prevenzione da intraprendere si prevede pertanto:

-l'acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'assenza di cause ostative da parte dei membri delle commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, per la scelta del contraente o per la concessione di sovvenzioni, contributi e sussidi;

-acquisizione di beni e servizi o alla concessione di sovvenzioni, contributi e sussidi;

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

Normativa di riferimento:	<p>-art.35-bis del d.lgsn.165/2001 -Determinazione ANAC n. 12/2015; -Deliberazione n.831/2016; - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)</p>
Azioni intraprese e da intraprendere:	<p>-2022: avvio dell'attività di un monitoraggio a cura del RPCTT sul rispetto dell'obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per: membri commissione e segretari di commissioni di concorso e di aggiudicazione; titolari di uffici di direzione in aree a rischio comunicazioni al RPCTT; - 2023: implementazione della misura - 2024: messa a regime della misura</p>




Soggetti responsabili:	-Tutti i componenti delle commissioni di gara; -RPCT: monitoraggio a campione con Report;
Termine:	Entro il 15.07 e 15.12 per la predisposizione dei Report;
Note	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano trattandosi di adempimento previsto per tutte le fasi di gara

2.3.24 M08 - Whistleblowing

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

Tra gli aspetti più salienti della novella si segnalano:

- un ampliamento della tutela al dipendente di un ente pubblico economico o di un ente privato sottoposto a controllo pubblico;
- il RPCTT diventa unico destinatario della segnalazione;
- e' prevista la nullità per ogni atto discriminatorio posto in essere dall' amministrazione pubblica nei confronti del segnalante;
- previsione di sanzioni in capo a colui che non ha rispettato la misura, come da normativa;
- previsione di sanzioni in caso di mancato svolgimento da parte del RPCT di un'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, come da normativa.

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

Normativa di riferimento:	- L. 29 dicembre 2017 n. 179; - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)
Azioni intraprese e da intraprendere:	- 2022: verifica esito procedura informatizzata - 2023: implementazione della misura - 2024: messa a regime della misura e collegamento con la Misura M02
Soggetti responsabili:	-Ciascun dipendente all'atto della conoscenza dei fatti illeciti; -RPCT nella fase di gestione della segnalazione
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano e per tutte le fattispecie di procedure

2.3.25 M09 - Patti di integrità

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

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

Normativa di riferimento:	<ul style="list-style-type: none"> - articolo 1, comma 17 della legge 190/2012; - Prime e seconde Linee guida Ministero interno ; - Anac 15.07.2014 – 28.01.2015 e ss.mm.ii.; - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)
Azioni intraprese e da intraprendere:	<ul style="list-style-type: none"> - 2022: avvio monitoraggio sulla misura; - 2023: implementazione della misura - 2024: messa a regime della misura
Soggetti responsabili:	<ul style="list-style-type: none"> - RPCT per la sua adozione e monitoraggio - Tutti i Dirigenti interessati nella fase di attuazione
Note	<ul style="list-style-type: none"> - Misura specifica per le procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, con riferimento a tutti i livelli di rischio; - Inserimento della clausola risolutiva espressa ai sensi dell'art. 1456 c.c. al ricorrere dell'applicazione di misura interdittiva personale per uno dei delitti contro la P.A. ; - Estensione ai procedimenti di e-procurement e ricorso a centrali di committenza

2.3.26 M10 - La formazione

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

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




La formazione costituisce elemento basilare e ruolo strategico nella qualificazione e mantenimento delle competenze, considerata come misura essenziale tanto dal PNA 2015 quanto dai successivi PNA.

E' intenzione dell' Azienda continuare a puntare sulla formazione e per questo si procederà a continuare ad organizzare i corsi in materia di anticorruzione, appalti e privacy, in considerazione del fatto che la materia dell'anticorruzione non va più pensata come una materia a se stante, ma l' evoluzione normativa degli ultimi anni ne ha comportato un intreccio indissolubile con altre materie.

Di qui, quindi, l'importanza della formazione intesa ad ampio raggio.

Normativa di riferimento:	-articolo 1, commi 5 lett.b), 8 , 10 lett.c, 11 della legge190/2012; - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023) -art.8 Cap.VII Sanità del PNA 2016; -Deliberazione Corte Conti Emilia Romagna.276/2013; -Corte Conti Friuli Venezia Giulia n.106/2012).
Azioni da intraprendere:	2023 continuare ad organizzare corsi in materia di anticorruzione, trasparenza, privacy ed appalti.
Soggetti responsabili:	-Tutti i dipendenti coinvolti; -Il RPCT, entro il 30 ottobre di ogni anno, verifica l'efficacia della formazione, garantendo sempre i livelli essenziali delle prestazioni.

2.3.27 M11 - Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

Nel corso del 2022, anche in considerazione del persistere dell'emergenza pandemica non è stata effettuata alcuna rotazione del personale sia in ambito sanitario che in ambito PTA, poiché la rotazione avrebbe comportato una sottrazione di competenze, esperienze e professionalità, ed avrebbe dovuto avere come presupposto lo svolgimento di formazione ad hoc con adeguata attività di affiancamento.

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

Normativa di riferimento:	-articolo 1, commi 4 lett.e), 5 lett.b),10 lett.b) della legge190/2012; -art.16, comma1, lett.l-quater, del D.lgs165/2001; - PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015); PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016); PNA 2017 (Deliberazione n. 1208/17); PNA 2018 (Deliberazione n. 1074/2018); PNA 2019 (Deliberazione n. 1064/2019); PNA 2022 (Deliberazione n. 7/2023)
----------------------------------	--

Azioni da intraprendere:	2023: Monitoraggio sulla fattibilità dell'applicazione della misura
Termine:	Report annuale da parte del RPCT sulla situazione esistente nell'Azienda.

2.3.28 Il divieto di pantouflage

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

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

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

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

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

La UOC preposta al reclutamento del personale ha già da tempo formalizzato l'inserimento nei contratti di assunzione della clausola anti pantouflage.

Il richiamo al rispetto della normativa de qua lo si applica anche per i provvedimenti di risoluzione del rapporto di lavoro.

Per tali motivi negli atti di gara sarà inserito l'obbligo di autocertificazione, da parte dei concorrenti di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti.



L'obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi - tipo emanati dall'Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il codice dei contratti pubblici.

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

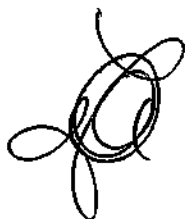
Infine, sarà previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio per collocamento in quiescenza, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Il presente piano si applica a tutti i dipendenti presenti nell'Ente a prescindere dalle rispettive qualifiche.

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

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

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



2.4 SEZIONE TRASPARENZA

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

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

Ambito oggettivo di applicazione (art. 2)

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

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

Dati pubblici aperti (art. 4 bis)

Si demanda all'AGID, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, la gestione del sito internet denominato "Soldi pubblici", che consente l'accesso ai dati dei

pagamenti delle P.A. e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta e alle amministrazioni che l'hanno effettuata, nonché all'ambito temporale di riferimento.

Il nuovo accesso civico (art. 5)

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

Accesso alle informazioni pubblicate sui siti (art. 9 bis)

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

Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art.12)

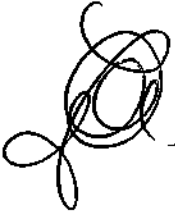
Si amplia il novero dei dati di carattere normativo e amministrativo generale oggetto di pubblicazione obbligatoria alle misure integrative della prevenzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli OIV.


Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle P.A. (art. 13)

Si sopprime l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi alle risorse assegnate a ciascun ufficio.

Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (art.14)

Si estende si l'obbligo delle P.A. di pubblicazione dei dati relativi ai titolari di incarichi politici, anche se non di carattere elettivo, ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo



 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO</p>	<p>PIAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 50 di 83</p>
--	---------------------------	------------------------

conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, compresi quelli relativi ai titolari di posizioni organizzative a cui sono affidate deleghe per lo svolgimento di funzioni dirigenziali, mentre per gli altri titolari di posizioni organizzative si prevede la pubblicazione del solo curriculum vitae. E' prevista la pubblicazione, da parte dell'Azienda sul proprio sito istituzionale, dell' ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica da ciascun dirigente; inoltre, negli atti di conferimento degli incarichi dirigenziali e nei relativi contratti devono essere riportati gli obiettivi di trasparenza sia in modo aggregato che analitico, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini (con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e costo del personale), e che, il mancato raggiungimento dei suddetti obiettivi, oltre ad essere tenuto in considerazione ai fini del conferimento di successivi incarichi determina responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. n. 165/01.

Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (art.15)

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

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

Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale(art.20)

Si prevede l'obbligo per le P.A. di pubblicare i criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio e i dati relativi alla sua distribuzione, in forma aggregata.

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

Si semplifica la disciplina di cui all'art. 23 del D.lgs. n. 33/2013, mediante la soppressione degli obblighi di pubblicazione relativi ai provvedimenti finali dei procedimenti di

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

Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art.37)

E' stato sancito l'obbligo per le P.A. e le stazioni appaltanti di pubblicare:

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

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

Trasparenza del servizio sanitario nazionale (art. 41)

Gli Enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari, sono tenuti all'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Pubblicano i dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per lavoro, bene o servizio e ne consentono la consultazione in forma aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito territoriale di riferimento, ai beneficiari. Pubblicano, altresì, le informazioni e/o i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di Direttore Generale, sanitario, amministrativo, nonché gli incarichi di responsabili di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi bandi e avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure e gli atti di conferimento.

Una delle modifiche più incisive per la sanità introdotte dal D.lgs. 97/2016 riguarda, anche ai fini anti corruttivi, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia. L'art.33 D.Lgs. 97/2016 intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute all'art.41, co.6, DLgs 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste. Al fine di evitare il rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione



delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale sono previsti i seguenti adempimenti:

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

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

Responsabile per la trasparenza (art.43)

In conseguenza della soppressione dell'obbligo di redazione del PTTI, viene modificato anche l'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013, che individua i compiti del responsabile per la trasparenza. Si estende inoltre ai dirigenti o ai funzionari titolari di P.O. con deleghe dirigenziali responsabili il compito di controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.

Autorità Nazionale Anticorruzione (art. 45)

Si attribuisce all'ANAC il potere di ordinare, nei confronti di una P.A. inadempiente, la pubblicazione, entro un termine di 30 giorni, degli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria, nonché di segnalare il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione (che

costituisce illecito disciplinare), all'ufficio disciplinare della P.A., ai fini dell'attivazione del relativo procedimento a carico del responsabile della pubblicazione e del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni.

Responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di pubblicazione e accesso civico (art.46)

Costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, causa di responsabilità per danno all'immagine della P.A. nonché elemento di valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio, oltre all'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, anche il rifiuto, il differimento o la limitazione dell'accesso civico.

Sanzioni per violazioni degli obblighi di trasparenza per casi specifici (art.47)

La sanzione amministrativa pecuniaria è irrogata dall'ANAC e si applica anche nei confronti:

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

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

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

- il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- I Direttori/Responsabili di UU.OO. e/o altri responsabili/produttori di dati, documenti, informazioni.

2.4.2 Ufficio URP

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

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

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



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

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

La pubblicazione avviene solitamente entro 5 giorni lavorativi.

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


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

Con l'accesso civico è stata riconosciuta la partecipazione e la collaborazione diretta del cittadino-utente. L'attivazione di questo strumento di tutela diffusa non richiedeva una motivazione, era gratuita e non presupponeva una situazione legittimante in capo all'istante. L'amministrazione era tenuta a rispondere entro 30 giorni e a procedere alla pubblicazione sul sito di quanto richiesto, con evidente beneficio non solo per il richiedente, ma anche per l'intera collettività.

Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art6 del precitato D.lgs.n.97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è consentito "a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione", (art 5 c. 2, D.lgs. n.33/13).

Il primo elemento da cogliere è che l'accesso civico non ha più solo come presupposto l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, ma è utilizzabile da chiunque senza motivazione sui dati e sui documenti detenuti dalla P.A. ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

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

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO SENEVENTO</p>	<p>PIAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 55 di 83</p>
--	---------------------------	------------------------

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

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

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

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

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

NB: la P.A. è tenuta a rispondere entro e non oltre 30 giorni.

Le risposte all'istanza di accesso civico di cui all' art 5 c. 2, saranno date al cittadino direttamente dal settore competente che detiene gli atti ; laddove la richiesta coinvolga più settori, il riscontro sarà dato da quello che detiene il provvedimento finale.

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

2.4.5 Regole procedurali di responsabilizzazione

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

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

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

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

Occorre evidenziare, al riguardo, che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs.101/2018,in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art.6, paragrafo 3, lett.b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento». Inoltre il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma1». Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato restando fermo il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o di regolamento.

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

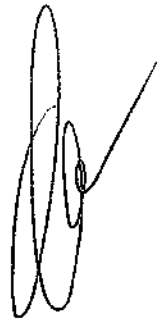
Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento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

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

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

Al riguardo, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

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



3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Di seguito si riporta l'organigramma aziendale così come previsto dall'Atto Aziendale attualmente vigente per l'AO SAN PIO di Benevento (Delibera Aziendale n. 493 del 3/08/20218) e approvato dalla Regione Campania. Nel dettaglio l'Azienda è costituita da due Presidi Ospedalieri (P.O. "Rummo" di Benevento e P.O. "S. Alfonso Maria dei Liguori" di Sant'Agata dé Goti) e da 8 Dipartimenti:

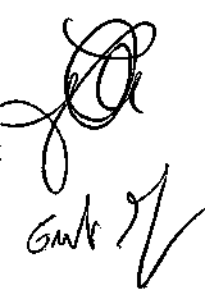
- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione;
- Dipartimento di Neuroscienze;
- Dipartimento Oncologico;
- Dipartimento delle Scienze Mediche e Lungodegenza;
- Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi;

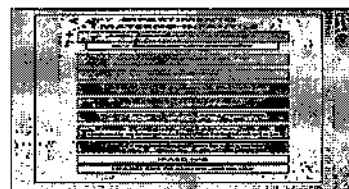
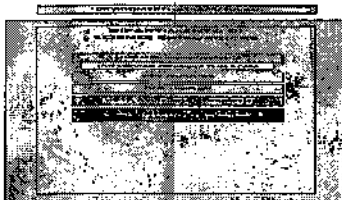
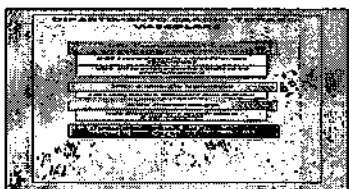
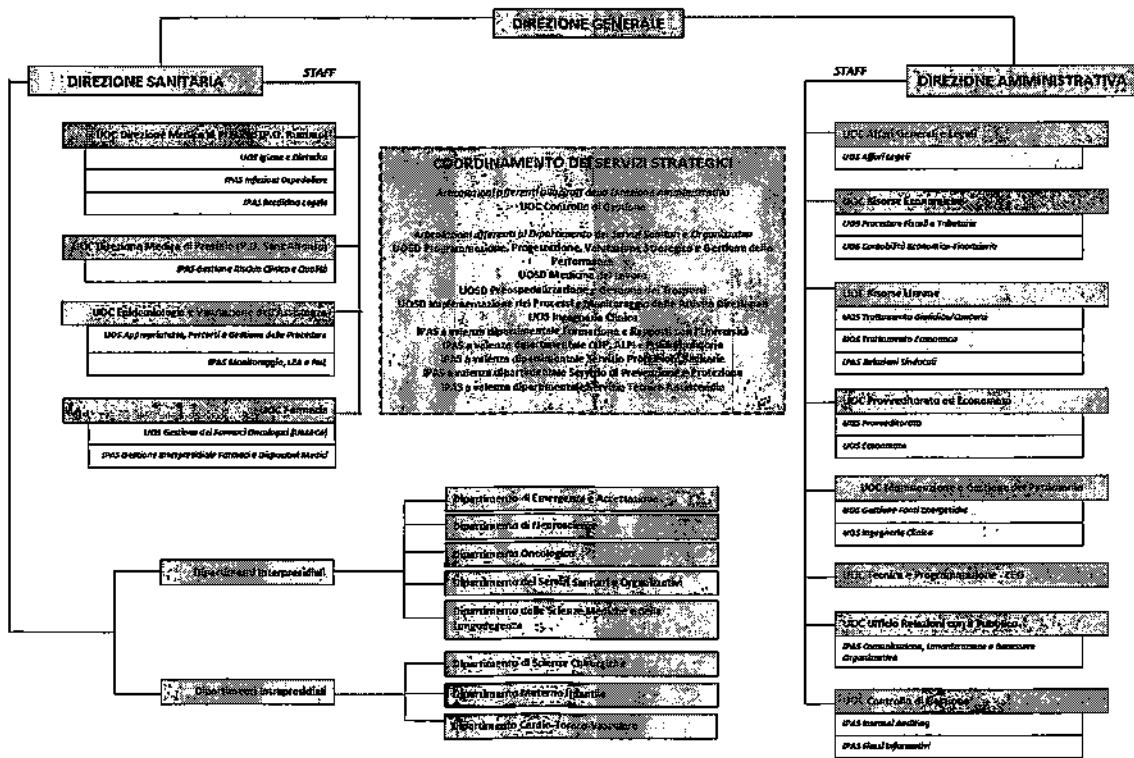
Al fine di ottimizzare il coordinamento e l'organizzazione delle attività, a seconda dei casi i dipartimenti sono organizzati in ottica intra-presidiale (Unità Operative situate in un unico presidio) o inter-presidiale (Unità Operative situate sui due differenti presidi).

3.1.1 Organigramma

L'organigramma riporta i diversi livelli di responsabilità con il dettaglio di Unità Operativa Complessa (UOC), Unità Operativa Semplice (UOS), Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) e incarichi professionali di alta specialità (IPAS).

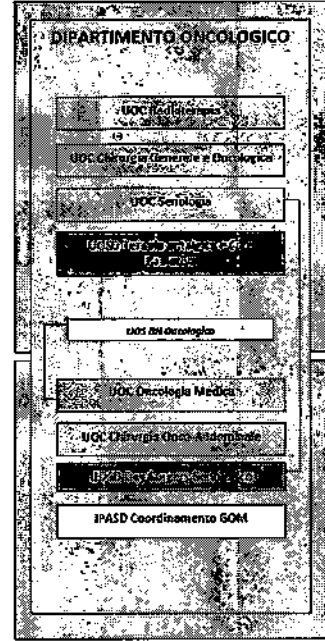
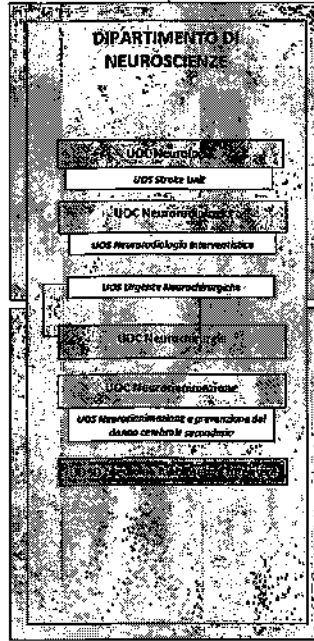
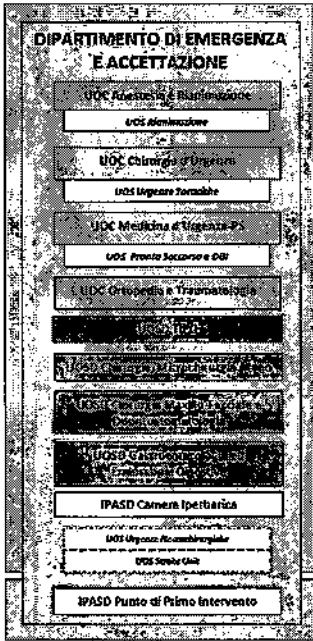
Sono presenti inoltre alcune strutture che fanno parte del Coordinamento dei Servizi Strategici.



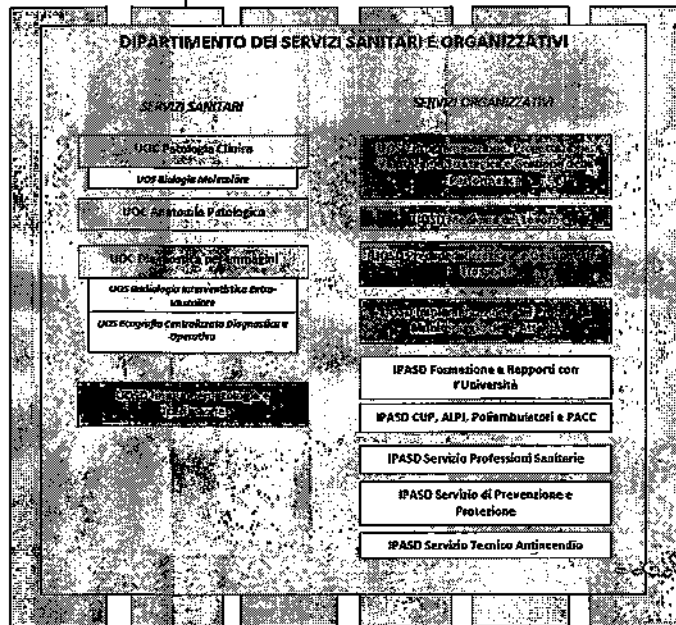
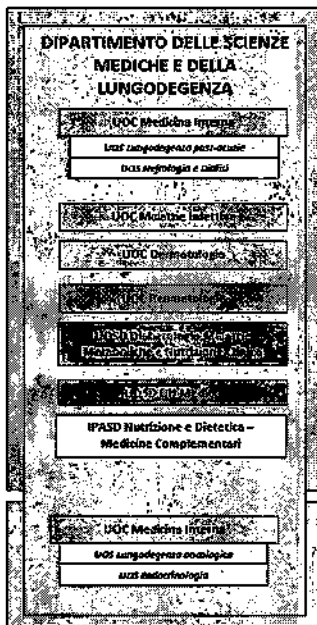


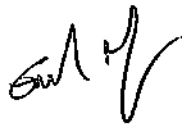



DIPARTIMENTI INTERPRESENALI



DIPARTIMENTI INTERPRESENALI



3.1.2 Livelli di responsabilità organizzativa

Con delibera n. 223 del 20/04/2021, l'AORN San Pio ha provveduto all'esito degli incontri intercorsi con le OO.SS e , nelle more dell'approvazione dell'Atto Aziendale da parte della Regione Campania e della sottoscrizione della Contrattazione Collettiva Integrativa Aziendale ai sensi del CCNL 2016-2018 comparto Sanità, ad istituire gli incarichi di funzione. Essendo entrato in vigore a fine anno 2022 il nuovo contratto per il comparto sanità 2019-2021, si provvederà a rimodulare gli incarichi sotto riportati alla luce delle novità introdotte dalla citata normativa contrattuale.

Allegato 1

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



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

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

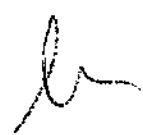




3.1.3 Ampiezza media delle unità organizzative

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

Ampiezza media unità organizzative			
SETTORE	N. Unità	N. Unità Organizzative	N. medio
Amministrativo	125	11	11,4
Reparto Ospedaliero	711	33	21,5
Supporto Sanitario	482	40	12,1
TOTALE	1.318	84	15,7



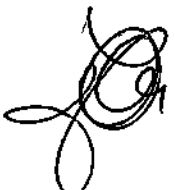
- Settore amministrativo: comprende tutti gli uffici amministrativi quali ad esempio Risorse Economiche, Risorse Umane, URP, ecc;
- Reparto Ospedaliero: comprende tutte le Unità Operative dotate di posti letto quali ad esempio Ortopedia, Chirurgia Generale, Medicina Interna, ecc.
- Supporto Sanitario: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

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

3.1.4 Organizzazione del lavoro agile

Premesso che rispetto a quanto previsto in precedenza, la Legge 29.12.2022 n.197 (legge di bilancio 2023 - GU n. 303 del 29.12.2022), ha disposto **“fino al 31/03/2023 per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal Decreto del Ministro della Salute di cui art.17, comma 2 , del Decreto-Legge 24/12/2021 n.221 convertito con modificazioni dalla L.n.11 del 18/02/2022 , il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l’adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria”**, le indicazioni contenute nel prosieguo del documento si considerano valide fino al **31.03.2023**, e comunque nelle more di ulteriori disposizioni normative e successivo confronto con le OO.SS. in applicazione della normativa contrattuale.

Il presente documento, quindi, illustra le linee di indirizzo utilizzate per favorire la transizione dal tipo di lavoro ordinario a quello agile , tenuto conto in ogni caso che le novità normative in materia hanno disciplinato come ordinaria la modalità di lavoro in presenza. In tal senso si fa riferimento allo **“Schema di Linee Guida in materia di Lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’art. 1, comma 6, del Decreto del Ministero per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori nelle pubbliche amministrazioni”**. Nel presente documento infatti si cercano di delineare le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa c.d. agile, avendo riguardo al diritto alla disconnessione, al diritto alla formazione specifica, al diritto alla protezione dei



dati personali, alle relazioni sindacali, al regime dei permessi e delle assenze e alla compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsione contrattuale.

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

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


- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'amministrazione;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio in una logica win-win: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Viste le caratteristiche particolari di questa Amministrazione, Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione, quanto riportato nel prosieguo del documento si è applicato e si applica, laddove possibile, ai dipendenti dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico che non sono impegnati in attività socio/sanitaria.

3.1.5 Livello di attuazione e sviluppo

In fase di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2022 a tutte le Unità Operative di tipo amministrativo è stato assegnato uno specifico obiettivo per il raggiungimento di un determinato standard di efficienza.

Di seguito si riportano le Unità Operative che nel triennio 2020-2022 hanno visto propri dipendenti far uso dello smart working, il numero di giornate utilizzate e la relativa quantificazione oraria:



Dipendenti fruitori di smart working			
	2020	2021	2022
Unità Operativa	N. unità	N. unità	N. unità
UOC Affari Generali e Legali	4		1
UOC CED	5	4	5
UOC Epidemiologia e Valutaz. dell'assistenza	1	1	
UOC Preospedalizzazione	1	1	
UOC Proweditorato ed Economato	6	3	3
UOC Risorse Economiche	8	3	
UOC Risorse Umane	17	16	3
UOC Ufficio Tecnico	3	1	
UOC URP	1	1	1
UOC DMP Rummo			1
TOTALE	47	30	14



Considerando il numero complessivo di personale afferente ad Unità Operative che svolgono attività che possono essere svolte in modalità agile e/o smart working, si rileva che nel 2021 circa il 24% di essi ha usufruito di tale possibilità mentre nel 2022 la percentuale è scesa all' 11%.

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

N. ore in smart working			
	2020	2021	2022
Unità Operativa	N. ore	N. ore	N. ore
UOC Affari Generali e Legali	829		168
UOC CED	1.971	1.976	1.133
UOC Epidemiologia e Valutaz. dell'assistenza	1.107	622	
UOC Preospedalizzazione	809	1.035	
UOC Proweditorato ed Economato	1.238	930	376
UOC Risorse Economiche	2.145	118	
UOC Risorse Umane	4.320	2.308	438
UOC Ufficio Tecnico	242	18	
UOC URP	448	538	17
UOC DMP Rummo			589
TOTALE	13.275	7.547	2.721

Sono state erogate in modalità di smart working 7.547 ore nel 2021 e 2.722 ore nel 2022 pari a circa, rispettivamente, il 3% e l'1% del monte ore complessivo lavorabile da parte del personale impegnato in attività che possono essere svolte in modalità agile e/o smart working.



N. giornate in smart working			
	2020	2021	2022
Unità Operativa	N. giornate	N. giornate	N. giornate
UOC Affari Generali	103		19
UOC CED	262	237	130
UOC Epidemiologia e Valutaz. dell'assistenza	158	88	
UOC Preospitalizzazione	151	186	
UOC Provveditorato ed Economato	187	137	56
UOC Risorse Economiche	285	16	
UOC Risorse Umane	608	379	55
UOC Ufficio Tecnico	34	3	
UOC URP	62	67	2
UOC DMP Rummo			98
TOTALE	1.873	1.113	360



Il numero di giornate erogate in modalità smart working è pari a 1.113 nel 2021 e 360 nel 2022.

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



3.1.6 Misure organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori


Al fine di rendere operativo il rientro in presenza dei lavoratori, l'Azienda ha provveduto a:

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

A riguardo si specifica che l'AORN SAN PIO ha previsto nell'apposito Regolamento la flessibilità oraria in entrata e in uscita, infatti per il personale di comparto la fascia di ingresso è prevista nell'intervallo orario 07.50 - 08.30.

Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile e tenuto conto che il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:

- a. lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi in favore degli utenti;
- b. l'Azienda garantisce un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;
- c. l'Azienda mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
- d. l'Azienda deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
- e. l'Azienda, di norma, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO</p>	<p>PIAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 68 di 83</p>
--	---------------------------	------------------------

richiesta. In alternativa possono essere utilizzate dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza previsti dall'Ente.

- f. l'Azienda assicura il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;

Per l'attuazione delle misure sopra indicate si fa riferimento alle specifiche linee guida in materia di lavoro agile per cui è stata raggiunta l'intesa in Conferenza Unificata in data 16/12/2021.

3.1.7 Misure organizzative per l'attuazione del lavoro agile


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

Le attività che possono essere effettuate in lavoro agile vengono individuate dai Direttori/Responsabili delle UU.OO. interessate.

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

- le richieste di lavoro agile/smart working devono essere presentate secondo la modulistica definita a livello aziendale e adeguatamente motivate;
- il Direttore/Responsabile della struttura a cui afferisce il richiedente deve operare una attenta valutazione sulle prestazioni lavorative in forma agile, motivare la scelta autorizzativa e monitorare/verificare l'attività svolta in smart working/lavoro agile;
- il Direttore della UOC CED deve dare il proprio assenso, riscontrando la compatibilità dell'hardware e dei software utilizzati dal dipendente per l'accesso da remoto in sicurezza con il pc aziendale e le applicazioni in esso installate;
- al Direttore della UOC Risorse Umane è demandato il compito di provvedere alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working/lavoro agile e di procedere al monitoraggio informandone la Direzione Strategica.

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

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO</p>	<p>PLAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 69 di 83</p>
--	---------------------------	------------------------

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

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

3.1.8 Svolgimento della prestazione

I dipendenti che intendono richiedere l'accesso al lavoro agile/smart working dovranno presentare apposita domanda al Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza, che la valuterà sulla base delle specifiche esigenze aziendali e del personale.

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliera e settimanali stabilite dal CCNL;

Al momento di inizio dell'attività lavorativa, il dipendente è tenuto alla timbratura elettronica da remoto del proprio badge. Ciò al fine di verificare l'orario di servizio prestato.

Al fine di garantire una efficace ed efficiente interazione e un completo svolgimento dell'attività lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile/sw dovrà garantire il collegamento telefonico e via mail nella fascia oraria lavorativa prescelta. Durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o rallentato, il dipendente deve dare immediata comunicazione al proprio dirigente. Questo, nel caso in cui le problematiche rilevate non assicurino la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede in tempo utile per la ripresa del servizio e comunque almeno il giorno prima.

L'attività di lavoro agile/sw , laddove autorizzata, sarà monitorata dal Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza, secondo le modalità che ritiene più opportune (ad es. mail con comunicazione dell'avvenuta attività, report di monitoraggio, verifica sugli applicativi aziendali, ecc.);

Devono essere individuati periodi temporali in cui il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa, che comprendono la fascia di inoperabilità (diritto alla disconnessione). Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo (di cui all'art.17, comma 6, CCNL 12/02/20218 e alle analoghe disposizioni degli altri CCNL vigenti).

Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione e autorizzazione del Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile/sw non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

3.1.9 Condizioni tecnologiche

Per le attività da remoto devono essere utilizzate le postazioni di lavoro fornite dall'amministrazione, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui accedere. In alternativa è possibile utilizzare dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza previsti dall'Ente.

L'accesso alle applicazioni digitali dell'amministrazione raggiungibili via internet deve avvenire attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (es. CIE, SPID), in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato. In alternativa è possibile utilizzare una VPN aziendale (che garantisce privacy, anonimato e sicurezza), a seguito di apposita autorizzazione, con credenziali rilasciate dalla UOC CED, in modo da consentire l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari allo svolgimento della prestazione lavorativa in sicurezza.

3.1.10

Gli Obiettivi all'interno dell'Azienda

La messa a regime delle nuove modalità di lavoro agile partita nel corso del 2020 e continuerà tenendo conto delle disposizioni normative e contrattuali e sulla base delle esigenze aziendali. È stato sviluppato un apposito sistema di indicatori, sulla base di quanto

proposto dalle Linee Guida nazionali, al fine di misurare lo stato di avanzamento, lungo tre diverse fasi: avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato.

A consuntivo, dopo ogni fase, l'amministrazione verifica il livello raggiunto.

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

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



Amf

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

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI SVILUPPO		
			2021	INTERMEDIO 2022	
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA				
	Verifica delle spese sostenute per potenziare il lavoro agile in Azienda	11	€ Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile	0	0
		12	€ Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	0	0
		13	€ Investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi	0	0
	SALUTE DIGITALE				
	Garantire l'espletamento del lavoro agile tramite l'utilizzo degli strumenti informativi aziendali	14	N. PC per lavoro agile	0	0
		15	% lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati	100%	100%
		16	Sistema VPN	SI	SI
		17	Intranet	SI	SI
		18	Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	SI	SI
		19	% Applicativi consultabili in lavoro agile	100%	100%
20		% Banche dati consultabili in lavoro agile	100%	100%	
21		% Firma digitale tra i lavoratori agili		0%	
22	% Processi digitalizzati				
23	% Servizi digitalizzati		ND		
NOTE	<p>Nel 2021 e 2022 non sono stati organizzati corsi di formazione in merito al "lavoro agile". L'implementazione del lavoro agile in Azienda è avvenuta ad iso-risorse dal punto di vista infrastrutturale e di hardware, in quanto per il collegamento si è utilizzata la VPN aziendale già attiva e ciascun lavoratore ha utilizzato i propri pc personali. Vi è stato invece un impegno orario significativo per il personale del CED che, pur non attivando un help desk dedicato, ha configurato ogni singolo PC e verificato i requisiti di sicurezza della rete e degli strumenti per ogni singolo lavoratore. I lavoratori in smart working non dispongono di firma digitale aziendale in quanto trattasi solamente di personale di comparto per il quale, visto l'organizzazione aziendale interna, non è richiesta la firma digitale per poter svolgere pienamente le proprie funzioni lavorative.</p>				

Handwritten signature and scribble

DIMENSIONI	OBIETTIVI		INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	
				2021	2022	
	INDICATORI QUANTITATIVI					
IMPLEMENTAZIONE LAVORO AGILE	Misurare il livello di utilizzo del lavoro agile	24	% lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali	24%	11%	
		25	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali	3,6%	1,14%	
		INDICATORI QUALITATIVI				
	Misurare il livello di soddisfazione del personale coinvolto	26	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età			
		26.a	-% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori		100%	100%
		26.b	-% dipendenti in lavoro agile soddisfatti		100%	100%
		26.c	-% donne soddisfatte		100%	100%
		26.d	-% uomini soddisfatti		100%	100%
		26.e	-% dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti;		100%	100%
	26.f	% dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc.		100%	100%	

500 M



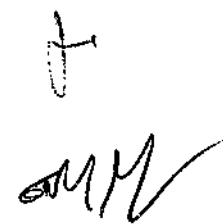
DIMENSIONI	OBIETTIVI		INDICATORI	FASE DI AVVIO 2021	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO 2022	
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	ECONOMICITA'					
	Ridurre i costi aziendali per utenze, stampa, ecc.,	27	Riflesso economico - riduzione dei costi			
		27.a	€ Costo per utenze elettricità		2.078.187	3.640.771
		27.b	€ Costo per utenze telefonia		422.451	304.097
		27.c	€ Costo per materiali cancelleria		45.874	57.189
	28	Riflesso patrimoniale - Valore economico degli ammortamenti				
	EFFICIENZA					
	Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile	29	Efficienza Produttiva			
		29.a	Diminuzione delle assenze			
		29.b	Aumento produttività: n. pratiche lavorate in Smart Working/ Totale delle pratiche lavorate			
		30	Efficienza Finanziaria - vedi indicatore n. 27			X
	31	Efficienza Temporale - Riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche ordinarie				
	EFFICACIA					
	Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile	32	Efficacia quantitativa			
		32.a	n. gg in smart working/ n. gg lavorative totali			
32.b		n. ore in smart working/ n. ore lavorative totali				
33		Efficacia qualitativa				
33.a		% di Dirigenti soddisfatti delle attività svolte dai propri dipendenti in lavoro agile				
33.b	% di pratiche svolte in modalità di lavoro agile che rispettano gli standard aziendali					
NOTE	I costi per l'anno 2022 sono stimati sulla base di quanto disponibile alla data del 13.01.2022 per la predisposizione del CE IV Trimestre 2022. Occorre specificare che i costi per l'elettricità sono aumentati a seguito dell'incremento delle tariffe registrato nel 2022.					

3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

3.2.1 Consistenza del personale

Di seguito si riporta il numero complessivo di unità di personale al 31.12.2022, comprensivo anche di personale a tempo determinato.

Profilo professionale	N. Unità
Assistente religioso	1
Assistente tecnico	7
Ausiliario	42
Biologo	17
Collaboratore tecnico	4
Comparto Amministrativo	85
Dirigente amministrativo	9
Dirigente infermiere	1
Dirigente Medico	267
Dirigente professionale	6
Dirigente tecnico	1
Farmacista	8
Fisico	2
Operatore socio-sanitario	103
Operatore tecnico	16
Operatore tecnico specializzato	4
Personale della riabilitazione	15
Personale di vigilanza ed ispezione	1
Personale infermieristico	629
Personale tecnico sanitario	93
Programmatore	6
Psicologo	1
Totale complessivo	1.318



3.2.2 PIANO TRIENNALE DI FABBISOGNO DEL PERSONALE

Con delibere n. 121 del 16/03/2022 e successiva delibera di rettifica n. 131 del 17/03/2022, l'AORN San Pio ha adottato in via provvisoria il PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE 2021/2023, trasmesso in data 21/03/2022 in Regione Campania per la approvazione.

La Regione Campania con Delibera n. 74 del 22/02/2022 ha provveduto a rimodulare il tetto di spesa del personale, di cui l'Azienda ha già tenuto conto negli atti sopra citati.

La Regione con Delibera di Giunta n. 246 del 24/05/2022 ad oggetto "Approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno di personale AO SAN PIO – triennio 2021/2023" ha approvato il Piano Triennale e l'Azienda con successiva Delibera n. 289 del 20/06/2022 ha preso atto dell'approvazione regionale.

Inoltre la Regione con Delibera di Giunta n. 546 del 25/10/2022 avente ad oggetto: "Integrazione e rimodulazione budget di spesa del personale delle Aziende Sanitarie della



Campania a decorrere dal 2023 ha provveduto a rimodulare nuovamente il tetto di spesa del personale di cui si terrà conto nella predisposizione del nuovo Piano 2022-2024.

Qui di seguito viene illustrata la metodologia utilizzata ai fini del fabbisogno di personale per il triennio 2021/2023.

A partire da quanto previsto dalla DGRC 593/2020 *"Metodologia di determinazione del fabbisogno di personale del SSR"*, è stato definito il nuovo fabbisogno triennale tenendo conto:

- delle caratteristiche organizzative e strutturali dell'AO SAN PIO, costituito dal PO Rummo di Benevento e dal PO S. Alfonso Maria dei Liguori di S. Agata dei Goti;
- della volontà di potenziare determinate discipline al fine di contenere i fenomeni di mobilità passiva intra ed extra regione;
- di una possibile riorganizzazione dei reparti e della loro gestione, in un'ottica di razionalizzazione e efficientamento delle risorse.

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

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

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



AO SAN PIO								
RUOLO	Figura Professionale	Personale al 31.12.2020	Standard Min PL DCA 41/19	Standard Max PL DCA 41/19	Standard Min PL HSP	Standard Max PL HSP	Standard Min PL Post Covid	Standard Max PL Post Covid
RUOLO SANITARIO	Personale dirigente sanitario medico	274	378	537	378	537	378	537
	Personale dirigente sanitario non medico (Biologi)	17	27	39	27	39	27	39
	Personale dirigente sanitario non medico (Chimici)							
	Personale dirigente sanitario non medico (Fisici)							
	Personale dirigente sanitario non medico (Psicologi)							
	Personale dirigente sanitario non medico (Professioni Sanitarie)							
	Farmacisti	7	10	17	10	17	10	17
	Infermieri	561	501	548	435	567	511	661
	Personale tecnico sanitario	95	76	98	67	96	77	100
	Personale tecnico della riabilitazione	21	28	33	23	30	26	34
Personale ostetrico	18	12	24	12	24	12	24	
Tutto il personale sanitario	1.013	1.031	1.237	983	1.300	1.042	1.312	
RUOLO TECNICO	Personale di supporto all'assistenza (OSS)	99	180	221	158	198	183	223
	Altro personale del ruolo tecnico (dirigenti)	2	10	13	9	13	10	18
	Altro personale del ruolo tecnico (comparto)	51	52	70	48	66	52	71
	Tutto il personale tecnico	152	242	304	215	277	245	307
RUOLO PROFESSIONALE	Dirigenti	3	2	2	2	2	2	2
	Comparto	1	4	5	3	6	4	5
	Tutto il personale professionale	4	6	7	5	8	6	7
RUOLO AMMINISTRATIVO	Dirigenti	7	18	24	16	22	18	24
	Comparto	72	94	129	87	120	96	130
	Tutto il personale amministrativo	79	112	153	103	142	114	154
TOTALE		1.248	1.391	1.681	1.276	1.727	1.407	1.860

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

AO SAN PIO								
RUOLO	Figura Professionale	Personale al 31.12.2020	Fabbisogno min - PL DCA 41/19	Fabbisogno Max - PL DCA 41/19	Fabbisogno min - PL HSP	Fabbisogno Max - PL HSP	Fabbisogno min - PL Post Covid	Fabbisogno Max - PL Post Covid
RUOLO SANITARIO	Personale dirigente sanitario medico	274	146	285	146	285	146	285
	Personale dirigente sanitario non medico (Biologi)	17	10	22	10	22	10	22
	Personale dirigente sanitario non medico (Chimici)							
	Personale dirigente sanitario non medico (Fisici)							
	Personale dirigente sanitario non medico (Psicologi)							
	Personale dirigente sanitario non medico (Professioni Sanitarie)							
	Farmacisti	7	9	16	9	16	9	16
	Infermieri	591	37	74	47	72	37	66
	Personale tecnico sanitario	95	5	13	7	10	5	15
	Personale tecnico della riabilitazione	21	5	12	5	9	5	13
Personale ostetrico	18	0	6	0	6	0	6	
Tutto il personale sanitario	1.013	212	428	224	426	212	423	
RUOLO TECNICO	Personale di supporto all'assistenza (OSS)	99	114	127	92	104	115	127
	Altro personale del ruolo tecnico (dirigenti)	2	2	6	2	5	2	6
	Altro personale del ruolo tecnico (comparto)	51	7	24	21	21	7	25
	Tutto il personale tecnico	152	123	157	115	130	124	158
RUOLO PROFESSIONALE	Dirigenti	3	1	1	1	2	1	1
	Comparto	1	1	2	0	2	1	2
	Tutto il personale professionale	4	2	3	1	4	2	3
RUOLO AMMINISTRATIVO	Dirigenti	7	6	8	6	8	6	8
	Comparto	72	28	34	30	38	30	34
	Tutto il personale amministrativo	79	34	42	36	46	36	42
TOTALE		1.248	371	630	357	600	374	646

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

La spesa per il personale, al netto dei rinnovi contrattuali, non può superare il tetto di spesa, rimodulato con Delibera di Giunta Regionale della Regione Campania n. 74 del 22/02/2022 e



poi successivamente con Delibera di Giunta della Regione Campania n. 546 del 25/10/2022 per l'anno 2023.

Di conseguenza rispetto alla dotazione standard (ideale) risultante pari a 1.880 unità, nel rispetto dei limiti di spesa l'Azienda ha dovuto rimodulare il proprio fabbisogno, approvato dalla Regione con Delibera di Giunta n. 246 del 24/05/2022, per un totale di 318 unità nel triennio 2021/2023.



	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2020	DOTAZIONE STANDARD	FABBISOGNO 2021-2023	FABBISOGNO 2021	FABBISOGNO 2022	FABBISOGNO 2023
RUOLO SANITARIO	1.013	1.412	223	100	97	26
Dirigenti Medici	274	537	110	49	49	12
Dirigenti Sanitari	24	56	9	6	3	-
Personale del comparto area sanitaria	715	819	104	45	45	14
RUOLO TECNICO	152	307	64	13	33	8
Dirigenti	2	13	-	-	-	-
Personale del comparto area tecnica	150	294	54	13	33	8
RUOLO PROFESSIONALE	4	11	7	3	1	-
Dirigenti	3	6	3	3	-	-
Personale del comparto area professionale	1	5	2	-	1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO	79	150	36	17	14	5
Dirigenti	7	20	6	4	2	-
Personale del comparto area amministrativo	72	130	30	13	12	5
TOTALE	1.248	1.880	318	133	146	40

3.3 FORMAZIONE DEL PERSONALE⁴


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

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

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

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

⁴ Individuata, nella bozza di linee guida, quale una delle possibili strategie a proposito del capitale umano nell'ambito della pianificazione del fabbisogno di personale

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

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

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


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

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

Proprio al fine di garantire le esigenze di crescita professionale e di incremento delle competenze, il Piano Formativo 2023 ha condensato tutte le iniziative formative multidisciplinari proposte dalle diverse articolazioni aziendali, congruenti con le esigenze di sviluppo, in linea con la strategia aziendale, ed articolate in base all'analisi dei bisogni formativi, al coinvolgimento degli operatori, alla socializzazione dei contenuti, alla valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione e sulle professioni, alla diffusione della cultura della gestione del rischio quale strumento di miglioramento professionale ed organizzativo (**Allegati 3 e 4**).

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



 <p>AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO BENEVENTO</p>	<p>PIAO 2023-2025</p>	<p>Pagina 81 di 83</p>
--	---------------------------	------------------------

4 EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

Interventi attuati ed in itinere:

Da diversi anni l'area tecnica dell'A.O. San Pio ha posto particolare attenzione alla questione energetica. Seppur in assenza di un intervento globale di efficientamento delle diverse strutture che compongono l'azienda, sono stati attuati diversi interventi, nell'ambito della manutenzione straordinaria, finalizzati al risparmio delle risorse energetiche, Nel dettaglio è stato realizzato:

- 1 l'efficientamento di gran parte del sistema d'illuminazione dei reparti e dei servizi, con la sostituzione delle sorgenti a tubi fluorescenti (cd. neon) con analoghi apparecchi ma dotati di tubi LED ad alta efficienza
- 2 un intervento di adeguamento ed ottimizzazione del preesistente impianto di illuminazione esterna. Anche in questo caso sono state adottate sorgenti LED ad alta efficienza
- 3 il miglioramento energetico su alcuni impianti ascensore e montalettighe, con impiego di motori ad alto rendimento e con avviamento soft-start.
- 4 la sostituzione di diverse pompe e circolatori degli impianti termoidraulici, sempre con altri componenti di pari potenza ma con consumi ridotti, grazie all'implementazione delle ultime tecnologie
- 5 impiego esteso a tutte le nuove UTA (unità di trattamento aria) dei recuperatori di calore a flusso incrociato atti a ridurre i consumi degli impianti di climatizzazione a tutt'aria esterna (come obbligatoriamente previsti dalla normativa tecnica per le strutture ad uso sanitario) fino al 30-40%
- 6 l'impiego di sistemi di climatizzazione, ove possibile, del tipo ad espansione diretta, caratterizzati da un miglior rendimento. Tale sistema è stato adottato per la climatizzazione delle camere degenza del padiglione S. Pio
- 7 sono stati sostituiti, durante interventi di ristrutturazione edilizia ed impiantistica a diversi reparti, serramenti esterni con un migliore grado di efficienza termica.

Indirizzi strategici:

Prima di poter accedere a tutte le fonti di finanziamento dedicate alla riduzione dei consumi energetici, l'area tecnica ha ritenuto opportuno programmare specifici indirizzi strategici in materia di energia, in modo da seguire un percorso coerente di efficientamento delle



strutture dell'A.O., soprattutto in rapporto al reale uso dei vari ambienti ed al rapporto costo/benefici, senza tuttavia trascurare elementi che possano avere alto contenuto tecnologico ed effetto traino in questa fase di transizione. I punti salienti del predetto indirizzo strategico, sono:

- impiego della risorsa geotermica, visti i vasti piazzali di cui dispone l'A.O.R.N.
- utilizzo delle ultime tecnologie nel campo della climatizzazione
- monitoraggio del consumo di acqua ed implementazione di sistemi atti a ridurre gli sprechi
- monitoraggio dei consumi energetici di gas metano ed energia elettrica (per individuare ulteriori punti di risparmio)
- isolamento degli involucri edilizi mediante installazione di serramenti e cappotti termici
- implementazione di impianti di generazione di energia elettrica con fonte fotovoltaica
- implementazione di impianti di produzione acqua calda (collettori solari termici) ad uso igienico sanitario

Prossimi interventi possibili:

Nel breve e medio periodo risulta ragionevole e produttivo perseguire i seguenti obiettivi (scelti tra gli interventi con miglior rapporto costo/benefici):

- effettuazione di precise indagini termometriche (uso avanzato di termocamere) ed altre misure strumentali ad alta tecnologia per ricavare una diagnosi energetica dettagliata, per meglio orientare e calibrare i prossimi interventi di efficientamento energetico
- realizzazione di un impianto solare termico per la produzione di acqua calda da distribuire alla cucina ed ai servizi igienici del padiglione San Pio
- realizzazione di impianti fotovoltaici sui terrazzi non impegnati da macchine di climatizzazione ed eventuale costruzione di pensiline parcheggio FTV
- costruzione di un impianto a pompa di calore geotermica, da impiegare per la climatizzazione dei reparti più energivori, con funzionamento H24
- monitoraggio delle curve di assorbimento di energia elettrica e riduzione della quota di energia reattiva (cd. parassita) mediante l'installazione di sistemi di rifasamento di ultima generazione.

L'azione di efficientamento sarà adeguatamente supportata anche attraverso leve premiali messe a disposizione dall'ordinamento, come il c.d. "dividendo dell'efficienza". In base alla legislazione vigente, infatti, una quota parte delle eventuali economie derivanti da riduzioni di spesa possono essere utilizzate per finanziare la contrattazione integrativa e per attivare gli istituti premianti previsti dall'art. 19 del d.lgs n. 150/2009.

Risulta opportuno evidenziare che un'estesa politica di efficientamento energetico probabilmente nei prossimi anni potrà non generare una riduzione degli assorbimenti in termini assoluti, stante la continua espansione degli impianti di climatizzazione e l'aumento delle prestazioni richieste a quelli preesistenti, alla luce dei miglioramenti continui che l'A.O.R.N. persegue riguardo al comfort dei degenti e degli operatori. Gli interventi dovranno essere valutati con la proiezione di livelli di prestazione confrontabili.

5 MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge i diversi Direttori/Responsabili delle UU.OO. Aziendali, ciascuno per la parte di competenza, e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

Il monitoraggio avverrà in via prioritaria misurando periodicamente gli indicatori associati a ciascun obiettivo e declinati nelle appendici al presente PIAO.

La periodicità di misurazione dipenderà sia dai calendari aziendali legati alla programmazione delle attività interne, sia dalle dead line sovra locali.

Per far fronte alla necessità di strutturare un appropriato ed efficiente sistema di monitoraggio per il raggiungimento degli obiettivi strategici, l'Azienda si è recentemente dotata di una cabina di regia ad hoc, di cui alla Delibera n. 466 del 28.09.2022, avente ad oggetto "Istituzione Cabina di Regia su adempimenti LEA ed obiettivi strategici dell'A.O.R.N. San Pio".

