



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

TRIENNIO 2022-2024

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

Sommario

1	INTRODUZIONE.....	3
2	Sezione 1 – Scheda Anagrafica dell’Amministrazione.....	5
3	Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	7
3.1	Valore Pubblico	7
3.2	Performance.....	8
3.3	Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	10
4	Sezione 3 - Organizzazione Capitale Umano	55
4.1	Struttura Organizzativa	55
4.2	Organizzazione del Lavoro Agile.....	59
4.3	Piano Triennale Fabbisogno del Personale	62
4.4	Formazione del Personale	63
5	Sezione 4 - Monitoraggio	75
6	Atti Adottati dall’AORN Moscati presenti in Amministrazione Trasparente	76
7	Allegati.....	76

1 INTRODUZIONE

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

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

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

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



- f) Modalità ed azioni mirate per la piena accessibilità fisica e digitale alle amministrazioni, per i cittadini con più di sessantacinque anni di età e per i disabili.
- g) Modalità ed azioni per la piena parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi. Spetta infine al Piano di definire le modalità di monitoraggio degli "esiti", con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti (comma 3). Tra gli strumenti di rilevazione, è fatto richiamo a quelli relativi alla soddisfazione dell'utenza, previsti dal decreto legislativo n. 150 del 2009. Le Pubbliche Amministrazioni tenute alla sua adozione pubblicano il Piano e i relativi aggiornamenti entro il 31 gennaio di ogni anno nel proprio sito internet istituzionale. Sono tenute inoltre a trasmetterli al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio, per la pubblicazione sul relativo portale (comma 4). In sede di prima applicazione, il termine per l'adozione del Piano da parte delle pubbliche amministrazioni è stabilito al 30 aprile 2022 (comma 6-bis), in luogo del 31 gennaio, come previsto a regime. Sul punto, la Conferenza delle regioni ha tuttavia chiesto di valutare l'opportunità di prevedere una proroga del termine al 2023 per l'adozione del PIAO al fine di favorirne l'attuazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni, anche le più piccole. Il Consiglio dei ministri del 26/05/2022i ha poi dato definitivamente il via libera al DPR finalizzato a definire lo step finale per realizzare un importante atto di semplificazione. Il Piano integrato di attività e organizzazione (Piao), previsto dal decreto Reclutamento (d.l. 80/2021), sopprimerà molti piani e adempimenti di programmazione in capo alle amministrazioni, dal Piano per il lavoro agile a quello per la parità di genere, fino alla performance, destinati ora a essere assorbiti in un solo Piano unico integrato, da adottare entro quanto sancito dall'art.8 del DPR 81 del 24 Giugno 2022 che complessivamente ne regola finalità e ambito di applicazione dell'intero documento.

Il Piao è una concreta semplificazione della burocrazia che permetterà di compiere un altro passo decisivo verso una dimensione di maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione della performance.

2 Sezione 1 – Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

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

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

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

Di seguito indicate le fasi attuative dello stesso:

- Il DCA 29/2018 ha disposto l'annessione del P.O. Landolfi di Solofra alla A.O.R.N. S.G. Moscati e a seguire il DCA 103/2018 ha provveduto all'aggiornamento nel mese di dicembre dello stesso anno del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015.
- Con successiva Deliberazione Aziendale n. 882/2019 l'Azienda (a seguito dell'insediamento della nuova Direzione Strategica avvenuto in data 9/8/19) ha provveduto alla integrazione funzionale delle strutture presenti il P.O. Agostino Landolfi di Solofra, nell'ambito delle strutture dipartimentali dell'Azienda Ospedaliera. Inoltre, alla istituzione della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero situata nella Città Ospedaliera di Avellino.
- Con DGRC n. 378 del 23/07/2020 "Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020" è stato programmato, tra l'altro, il potenziamento in termini di incremento di posti letto nell'area della terapia intensiva per l'intero sistema ospedaliero campano ed è stato previsto l'incremento di 22 p.l. di Terapia intensiva (cod. 49) che si sono aggiunti ai 22 p.l. della Città Ospedaliera e dei 4 p.l. del P.O. "A. Landolfi" di Solofra, per un totale di 48 p.l. (cod.49).
- in data 4 maggio 2021 è stato emanato dal Ministero della Salute il Decreto Dirigenziale firmato digitalmente, recante "Ammissione a finanziamento di n. 1 intervento - codice n.150.150905.H.065 previsto nell'Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari del 23 agosto 2019 tra il Ministero della salute e la regione Campania - Programma investimenti ex art. 20 L. n. 67/88", relativo all'intervento denominato "AO Moscati di AV – Lavori di adeguamento funzionale del P.O. Landolfi di Solofra", per un importo a carico dello Stato di € 6.759.259,74 - al netto della quota a carico della Regione Campania.
- la D.G.R.C. 201 del 19/5/2021 ha preso atto della necessità di rimodulare l'offerta assistenziale nell'ambito della rete regionale ospedaliera – macro area delle Province di Avellino e Benevento programmata con il DCA 103/2018, rispetto a quanto previsto per l'AORN Moscati di Avellino al fine di ulteriormente migliorare l'offerta assistenziale, e ridurre la migrazione sanitaria. La riorganizzazione delle attività assistenziali è finalizzata ad evitare la duplicazione di alcune specialità, con miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'equilibrio economico Aziendale, redistribuzione di spazi all'interno dell'AORN Moscati (tale rimodulazione non comporta variazioni nel numero complessivo di posti letto programmati con il DCA 103/2018 a livello regionale, né variazioni nel numero di posti letto programmati per l'AORN Moscati di Avellino, fatta eccezione per l'incremento dei 22 p.l. di terapia Intensiva -cod.49, previsti con DGRC 378/2020).
- Con successiva delibera Aziendale n.689 del 29/6/2021 si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell'atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per l'approvazione della stessa che con la DGRC 305 del 14/7/2021 ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto. Il nuovo Atto Aziendale ha previsto il potenziamento delle attività del P.O. di

Solofra; in particolare, l'aumento dei posti letto disponibili consentirà, attraverso i lavori e le installazioni l'ampliamento dell'offerta assistenziale con il trasferimento di alcune attività attualmente erogate ad Avellino e l'attivazione della lungodegenza e della riabilitazione, nell'ambito di un percorso specifico dedicato all'anziano.

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

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

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021
Numero Ricoveri ordinari	21.000	16.531	16.343
Numero Ricoveri diurni	7.916	5.560	6.034
Totale ricoveri	28.916	22.091	22.377
Valore DRG attività di ricovero in Euro	93.237.907 €	80.642.254 €	88.459.771 €
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,15	1,24	1,36
Degenza media ricoveri ordinari	7,34	8,31	8,31
Mobilità attiva RO	32,34	27,9	29,55
<i>Fuori Provincia</i>	30,01	25,86	27,19
<i>Fuori Regione</i>	2,33	2,04	2,36
Mobilità attiva DH	45,74	46,94	46,9
<i>Fuori Provincia</i>	43,71	44,73	44,81
<i>Fuori Regione</i>	2,03	2,21	2,09
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (regime SSN)	529.258	367.548	456.670
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (regime SSN)	14.016.160 €	10.246.934 €	13.531.148 €
PACC	-	-	4.926
Valore netto PACC in Euro	-	-	1.315.603 €
Accessi Pronto Soccorso	62.668	33.649	33.138

3 Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

3.1 Valore Pubblico

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

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

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

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

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

L'Azienda:

- garantisce competenze e disponibilità di servizi modulati in funzione dei bisogni dell'utenza
- definisce programmi innovativi e alloca le risorse secondo principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza
- opera nel rispetto dei principi etici, riconoscendo adeguata attenzione alle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi; garantisce la pari opportunità eliminando e contrastando ogni forma di discriminazione relative ad età, disabilità, etnia e sesso.

- pone al centro delle sue azioni la persona, concepita sia quale come soggetto fruitore sia come erogatore di assistenza
- garantisce la qualità dell'attività assistenziale, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata
- opera nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità.

3.2 Performance

Con il documento programmatico triennale (Piano della Performance 2020-2022), adottato con delibera n. 711/20, sono stati individuati gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda, precisando gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance. Tale piano ha tenuto conto del contesto caratterizzato dall'emergenza Covid, i cui effetti si sono riverberati, per effetto dei numerosi DPCM che hanno sancito e regolato la gestione del Covid-19, seppur con fasi alterne, a tutto il 2021 fino al 31.3.2022.

Con deliberazione n. 177 del 21.02.2022 si è proceduto all'adozione dell'aggiornamento del Piano per l'anno 2022, e successivamente pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente - Performance".

Pur rimanendo l'incertezza dell'evoluzione della pandemia, seppur in fase decrescente, le linee strategiche aziendali sono state direttamente correlate al ripristino delle attività e dell'organizzazione esistenti nel periodo pre-Covid.

Fino ad oggi l'obiettivo preminente è stato la gestione dell'emergenza nonché la gestione della campagna vaccinale in ottemperanza ai dettati del governo centrale e di quello regionale; la verifica del raggiungimento degli stessi è stata finora e sarà comunque oggetto di valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione quale la condizione necessaria per l'erogazione della retribuzione di risultato. L'orizzonte pluriennale di riferimento del piano è scomposto in obiettivi annuali secondo una logica di scorrimento. Le finalità della performance 2022 sono state precisate tenendo conto di un orizzonte temporale basato sull'attuale fase transitoria per fronteggiare la pandemia, integrata dalla graduale ripresa delle attività a pieno regime.

Il Collegio di Direzione, nella seduta del 31/01/22, ha altresì condiviso le linee programmatiche tracciate dalla Direzione Strategica, in tema di difficoltà contingente per una contrattazione di budget su base unicamente quantitativa, convenendo sulla necessità da un lato di una prosecuzione degli obiettivi quantitativi corretti per l'effetto Covid, almeno per il primo semestre, uniti a quelli qualitativi, tuttavia senza escludere la possibilità che si proceda ad una revisione degli stessi, con una programmazione delle attività e contestuale negoziazione del budget, in occasione di un ritorno alla normalità.

A tale proposito la Direzione si è prefissata di perseguire un monitoraggio più serrato con i Dipartimenti e le UU.OO. ad essi afferenti, al fine di verificare periodicamente l'andamento delle attività, con un particolare focus sull'attività ospedaliera, ricoveri ordinari e dh, sull'attività di specialistica ambulatoriale esterna, sugli indicatori di performance del nuovo sistema di garanzia nonché su tutte le criticità che dovessero emergere nel corso del triennio 2022-2024.

La Direzione Strategica ha infatti ritenuto opportuno individuare quali obiettivi strategici prestazionali da perseguire ed implementare in primo luogo un potenziamento dell'attività di specialistica ambulatoriale prevedendo in tal senso all'apertura degli ambulatori dedicati rafforzamento delle sedute anche al fine di ridurre le liste d'attesa che si sono venute a creare causa emergenza sanitaria e prevedendo uno specifico piano operativo condiviso e calato su tutte le UU.OO. che erogano tali prestazioni.

La performance verrà altresì monitorata tenendo conto degli obiettivi del nuovo sistema di garanzia che saranno considerati prioritari obiettivi prestazionali da raggiungere.

La logica sottesa alla gestione del ciclo della performance aziendale è legata in maniera imprescindibile alle fasi Programmazione / Misurazione che si articolano come segue:



La performance programmata con il documento per l'anno 2022 cristallizza l'intento di creare una cornice entro la quale si svolgerà un'implementazione delle attività, ponendo l'obiettivo di contrattare con i singoli dipartimenti un budget prestazionale finalizzato ad incrementare una serie di attività che hanno subito una battuta d'arresto a causa delle restrizioni conseguenti alla pandemia, alla luce altresì del nuovo assetto organizzativo dettato nell'atto aziendale.

Pertanto, la negoziazione del budget nel caso specifico sarà calata sulle singole attività svolte dalle UUOO aziendali e sulle attività che le stesse, alla luce di un'analisi comparativa, dovranno implementare al fine di potenziare l'attività aziendale. L'obiettivo è procedere ad una contrattazione a partire già dal II Semestre 2022, ma che sia a regime dall'anno 2023, che tenga conto non solo dell'aumento dell'attività produttiva e dell'efficientamento delle risorse a disposizione, ma soprattutto ad una maggiore qualità delle prestazioni erogate tipiche di un Azienda Ospedaliera di alta specialità di II Livello.

3.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

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

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

Alla luce di quanto sopra, e tenuto altresì conto del perdurare dello stato di emergenza, l'ANAC, con delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, ha differito al 30/04/2022 il termine per l'adozione e pubblicazione del PTPCT triennio 2022-2024, al fine di "consentire ai RPCT di svolgere adeguatamente tutte le attività relative alla predisposizione dei PTPCT e considerata la necessità che le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione siano coerenti con il sistema che il legislatore ha, da ultimo, inteso delineare".

Con delibera aziendale n. 511 del 28/04/2022 l'AORN "San Giuseppe Moscati" di Avellino ha adottato il nuovo PTPCT 2022-2024 e l'aggiornamento ha tenuto conto sia di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019 che di quanto suggerito dall'ANAC "Sull'onda della Semplificazione e della Trasparenza. Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022", documento approvato dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022.

Il PTPCT 2022-2024 dell'AORN Moscati, deliberato ad aprile 2022, ha confermato l'impostazione del precedente PTPCT 2021-2023.

In data 24.06.2022, l'ANAC ha reso noto di aver posto in consultazione pubblica lo schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2022-2024. Si resta in attesa della delibera definitiva di approvazione del nuovo PNA e pertanto il presente PTPCT potrebbe essere oggetto di eventuali modifiche e/o integrazioni e/o adeguamenti nel caso che emergano risultanze diverse e/o contrastanti dalla Consultazione Pubblica fatta dall'ANAC relativa al nuovo PNA 2022-2024, scaduta il 15 settembre c.a.

Come asserito dall'Autorità "Il Piano 2022-2024 è stato elaborato come uno strumento di supporto alle amministrazioni pubbliche per affrontare le sfide connesse alla realizzazione degli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e all'attuazione della riforma introdotta dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 che ha previsto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) di cui la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante. Eventuali modifiche del PNA potranno essere effettuate per adeguarne i contenuti una volta adottati il DPR e il DM previsti dalla citata normativa".

Il nuovo PTPCT, parte integrante del presente PIAO, conferma l'impostazione del piano adottato con delibera 511 del 28/04/2022 dell'AORN Moscati, ed è stato redatto secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 e del PNA 2022-2024, trattando la gestione del rischio con un approccio di tipo qualitativo. Come previsto dal PNA 2022-2024, sono da intendersi superate, rispetto al PNA 2019, le indicazioni sul RPCT e struttura di supporto, sul pantouflage, sui conflitti di interessi nei contratti pubblici (a cui si rimanda).

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

PARTE GENERALE: OBIETTIVI E LIMITI

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

A seguito delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16 e dal d.lgs. n. 74/17, gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza declinati nel presente piano anticorruzione confluiscono di diritto nel Piano Performance; di conseguenza, gli adempimenti imposti dalla l. n. 190/12 e dai suoi decreti attuativi (il flusso costante delle pubblicazioni, l'obbligo di relazione annuale e l'obbligo della mappatura dei processi unitamente al monitoraggio a cura dei Direttori di Dipartimento o di Struttura complessa) costituiscono ex se "obiettivi performance". Nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 comma 8 della L.190/2012 l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Sanitaria "San Giuseppe Moscati" di Avellino, pertanto, con deliberazione del Direttore Generale n. 177 del 21/02/2022 "Aggiornamento per il 2022 del Piano Triennale della Performance 2020/2022. Adozione", ha definito obiettivi strategici ed operativi a carattere trasversale per tutte le strutture in Staff alla Direzione Strategica relativamente all'Anticorruzione e Trasparenza. Altresì nella "Direttiva della direzione strategica anno 2022" adottata con Delibera del DG n. 107 del 02/02/2022, nella parte dedicata a "Il sistema di Misurazione e Valutazione della Performance Aziendale", si precisa che "...minimo comun denominatore dell'operato delle UUOO sarà individuato.....nel garantire la necessaria crescita e apprendimento da parte delle risorse umane con particolare riguardo alle tematiche della trasparenza, integrità e di prevenzione della corruzione cui vengono attribuiti specifici obiettivi".

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

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

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

Il decreto in commento ha previsto, altresì, che l'organo di indirizzo politico assicuri al RPCT poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, disponendo anche le eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie (art 1 c. 7, l. n. 190/12). **La Funzione pubblica, con Circolare n.1/2013, ha disposto poi che al RPCT fossero assegnate dotazioni strumentali ed umane, all'uopo prevedendo un capitolo del bilancio all'uopo dedicato.**

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

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

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

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

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

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

La durata dell'incarico è correlata alla durata del contratto sottostante l'incarico svolto all'interno dell'Azienda Ospedaliera. E' esclusa l'attribuzione di alcun compenso aggiuntivo, fatto salvo il solo riconoscimento di eventuali retribuzioni di risultato legate all'effettivo conseguimento di precisi obiettivi performance predeterminati in sede di previsioni delle misure organizzative di prevenzione della corruzione. Il legislatore ha poi, inteso tutelare l'autonomia e l'indipendenza del RPCT anche con disposizioni volte ad impedire una revoca anticipata dell'incarico in funzione “ritorsiva”; in tal senso, ne è un esempio la modifica introdotta dal d.lgs. n. 97/16 all'art 15 c. 3 del d.lgs. n. 39/13.

In tema di responsabilità del RPCT

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

Per ulteriori approfondimenti alla normativa più recente “PNA 2022 All. n.3 parte generale RPCT struttura supporto”, di seguito si indica il link di rinvio <https://www.anticorruzione.it/-/piano-nazionale-anticorruzione-2022-2024-schema-in-consultazione>.

Soggetti coinvolti nella lotta alla corruzione

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

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

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

La Direzione Strategica deve:

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

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

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT ai sensi dell’articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- definire misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- controllare attraverso l’attività di monitoraggio e quindi di verifica della efficacia delle misure indicate per ciascun procedimento, il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti dell’ufficio;
- rispondere della pubblicazione degli atti del loro settore ed alle istanze pervenute al loro ufficio in materia di accesso civico generalizzato, come previsto dal d.lgs. n. 33/13, modificato dal d.lgs. n. 97/16 (art 14 c. 1-quater, d.lgs. n. 33/13);
- vigilare sull’applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini del conseguente avvio di procedimenti disciplinari o penali;

- informare i dipendenti e procedono alla eventuale rotazione del personale esposto al rischio di corruzione.

I **Direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC ed UU.OO.** dell'area amministrativa, tecnica e medica possono nominare dei **Referenti**, generalmente individuati nei dipendenti titolari di Posizione Organizzativa (in mancanza di titolari di P.O. personale afferenti alla struttura), previo conferimento di formale incarico a questi notificato. Stante l'organizzazione Aziendale, che prevede l'esistenza di due Presidi Ospedalieri (la Città Ospedaliera in Avellino e il PO Landolfi a Solofra), con circa 1600 dipendenti, con il presente Piano si individuano quali **referenti** del Responsabile per la prevenzione della corruzione, tutti di Direttori/Dirigenti/Responsabili delle varie articolazioni in cui si sviluppa l'Azienda secondo quanto previsto dal vigente Atto Aziendale (Delibera D.G. n. 799 del 29.07.2021). I **Referenti** svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e attività di monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti.

L'O.I.V.

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

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

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

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

Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

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

Composizione dell'U.P.D.:

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

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

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

Componente titolare: Dott. Antonio VITALE, Direttore UOC "Pediatria"

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

Segretario: Dott. Giovanni Verusio - collaboratore amministrativo

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

Composizione COLLEGIO SINDACALE:

- dott. Francesco EVANGELISTA** – designato dal Ministero dell’Economia e delle Finanze
dott. Stefano DEL GIUDICE – designato dal Ministero della Salute
dott. Martino VALIANTE – designato dalla Regione Campania

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

I dipendenti:

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

I collaboratori:

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

II RASA

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

Il Gestore Antiriciclaggio

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

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

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

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

Azioni da intraprendere:

2022: nomina del Gestore Antiriciclaggio (previsione) e adozione modulo segnalazioni

2023: integrazione delle misure antiriciclaggio con le misure anti-corruttive presenti nel Piano e svolgimento dei processi di formazione del personale

2024: implementazione delle misure

ANALISI DEL CONTESTO

Analisi del contesto esterno

L'Analisi del contesto esterno serve per sottolineare come spesso le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale si trova ad operare una pubblica amministrazione possano favorire o meno il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, come tali caratteristiche ambientali possano condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l'applicazione delle misure di prevenzione. Ad ogni modo per un'analisi approfondita della situazione ambientale del territorio di Avellino e dintorni, si rinvia alla "Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata-anno 2020" trasmessa dal Ministro dell'Interno al Parlamento e la Relazione Annuale che il Presidente dell'ANAC ha illustrato alla Camera dei Deputati nella seduta del 18 giugno 2021, e alla Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia, primo semestre 2021.

<https://www.interno.gov.it/it/stampa-e-comunicazione/dati-e-statistiche/relazione-parlamento-sullattivita-forze-polizia-sullo-stato-dellordine-e-sicurezza-pubblica-e-sulla-criminalita-organizzata> (LINK)

https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2022/03/Relazione_Sem_I_2021.pdf

Analisi del contesto interno

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

Mission

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

Ha un bacino di utenza di circa 500.000 abitanti e un numero di visitatori al giorno di circa 5.000 unità.

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

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

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

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

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

Sanitaria Aziendale per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero al follow up. Il percorso ha portato all'adozione del Modello Sistemico di Gestione del Rischio in Ambito Sanitario ottenendo la Certificazione di I° e II° Livello rispettivamente negli anni 2014 e 2016. In seguito l'Azienda ha aderito al "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" in virtù del passaggio dal modello sistemico con impostazione di sistema (iso 9000) al modello italiano con impostazioni di processo (iso 17065), procedendo da un approccio che definisce ed organizza, ad uno che garantisca anche l'esito finale dettato dal modello di riferimento. Nel corso del 2019, in continuità con l'adesione di cui sopra, si è tenuto l'audit di certificazione di II livello secondo il "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" con la verifica del rispetto dei requisiti da parte di Ente Terzo Certificatore. Attualmente è in corso il percorso per il raggiungimento della Certificazione di III livello secondo il Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità. Nel 2020 è stata raggiunta la certificazione di III Livello per l'UOC Malattie Infettive e l'UOC Cardiocirurgia. Il rischio clinico è anche impegnato nella collaborazione della direzione sanitaria per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero alla dimissione passando per la realizzazione della Cartella Clinica Integrata Informatizzata (Myhospital).

IL NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

1. mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;

2. *valutazione del rischio per ciascun processo;*
3. *trattamento del rischio;*
4. *monitoraggio;*
5. *aggiornamento e revisione.*

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

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

L'identificazione del rischio

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

L'analisi del rischio

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

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

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

Scelta dell'approccio valutativo

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

Individuazione dei criteri di valutazione

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

Di seguito si riportano gli indicatori:

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

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

Definiti gli indicatori, è stato assegnato **un valore compreso tra basso, medio, alto** e la misurazione del valore attribuito a ciascun criterio consentirà di svelare il livello di esposizione a rischio del processo mappato, integrando le precedenti valutazione alla luce dei nuovi *Key Risk Indicators*. Una volta dato il giudizio sintetico motivazionale sul livello di esposizione a rischio dei processi, per ciascuno di essi vanno indicate le misure che si intendono attuare. **Le Misure sono quelle già indicate nei progressi PNA cui si aggiunge la misura della semplificazione e sensibilizzazione.**

La ponderazione del rischio

Tale fase ha l'obiettivo di stabilire:

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

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI CONTRASTO

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Tali misure possono essere classificate sotto diversi punti di vista ovvero in *"misure comuni e obbligatorie"* o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente) e *"misure ulteriori"* ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel P.T.P.C.T.

MISURA DI CONTRASTO	CODICE MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedurali	M03
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M04
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M05
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali.	M06
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di 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, ordinaria e straordinaria	M11
Il divieto di pantouflage	M12
Semplificazione e sensibilizzazione	M13

M01) Adempimenti relativi alla Trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal d.lgs. n. 97/2016, si stabilisce che *"All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza"*. Con Delibera n. 929 del 10 ottobre 2019 è stato nominato come Responsabile anche della Trasparenza il dott. Vittorino Tecce. **Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla "trasparenza" (a cui si rimanda), i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza.** Ogni Direttore di Dipartimento / UU.OO.CC. e UU.OO. PTA è altresì nominato responsabile delle pubblicazioni per i servizi 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. In caso di ritardo o inerzia del R.P.C.T., il cittadino può ricorrere al Titolare del Potere sostitutivo. Nel corso del 2021 è stata effettuata una verifica a campione, con cadenza semestrale, delle istanze di accesso civico e documentale presentate e dei relativi esiti; altresì è stata effettuata, così come previsto dalla normativa in materia, il controllo da parte del RPCT dell'obbligo di pubblicazione da parte degli Uffici, ciascuno per la parte di propria competenza, sul sito aziendale nella sezione **"AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**.

AZIONI DA INTRAPRENDERE

2022: implementazione del registro informatico per monitorare le istanze di accesso civico e documentale pervenute presso l'Azienda, usufruendo della collaborazione del Responsabile della transizione digitale e delle indicazioni operative per l'implementazione del registro degli accessi FOIA fornite dal Dipartimento della funzione pubblica disponibili su www.foia.gov.it

2023: implementazione della trasparenza come misura trasversale per intervenute modifiche del quadro normativo.

2024: nel corso del triennio 2022-2024, (il 2024 rappresenta l'anno di raggiungimento dell'obiettivo), l'AORN Moscati, in ragione delle proprie caratteristiche strutturali, organizzative e di mission, individuerà i c.d. "Dati ulteriori" da riportare in AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE, nella sottosezione "Altri contenuti-Dati ulteriori". Nella suddetta sottosezione "Dati ulteriori" confluiscono i dati, le informazioni e i documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente. Tali dati possono essere incrementati nel corso del triennio, sia in relazione a specifiche esigenze di trasparenza collegate all'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, che per motivate richieste provenienti dagli stakeholders nel corso della consultazione (o in sede di analisi delle richieste di accesso civico pervenute). La decisione in ordine alla pubblicazione di nuovi dati ulteriori è assunta dall'Azienda, compatibilmente con i vincoli organizzativi e nel rispetto della tutela della privacy, e dell'obbligo di pubblicazione *regam omnes*.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT, OIV, tutti i Direttori di Dipartimento/ UU.OO.CC e coloro che pur ricoprendo simili ruoli, trovandosi ad operare nelle articolazioni aziendali periferiche, in particolare, nel P.O. di Solofra e in quello di Avellino, sono stati nominati *referenti*.

M02) Il Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento ha rivestito sin da subito un ruolo fondamentale nella strategia di prevenzione della corruzione, perché è uno dei principali strumenti volti ad orientare i comportamenti dei funzionari pubblici alla cura dell'interesse pubblico, in stretta connessione con i Piani Triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza, tanto è vero che la l. n. 190/12, in particolare l'art 1 c. 44 ha sostituito l'art 54 del d.lgs. n. 165/01, prevedendo da un lato, l'adozione di un codice di comportamento valido per tutte le amministrazioni pubbliche, dall'altro, imponendo a ciascuna P.A., l'adozione di un codice di comportamento ad integrazione di quello generale. Dalla lettura del D.P.R. n. 62/13 emerge, infatti, la necessità che ciascuna P.A. si doti di un suo Codice di Comportamento ad integrazione di quello nazionale appena citato. A dire il vero, uno sforzo significativo diretto a stabilire "linee guida" mirate di settore, è stato operato nel 2016 proprio per gli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, l'ANAC di intesa con il Ministero della salute e l'Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari regionali (c.d. AGENAS) ha adottato **la delibera n. 358 del 29 marzo 2017**, al fine di orientarli nell'adozione del Codice di Comportamento e fornire loro indicazioni pratiche, in modo da contestualizzare il più possibile le previsioni contenute nel Regolamento (il D.P.R. n. 62/13), che rappresenta in ogni caso la base giuridica di riferimento di ciascun Codice.

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

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

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

includere sin da subito il comportamento dei dipendenti pubblici nella strategia di prevenzione della corruzione. Ne deriva che, i comportamenti dei dipendenti disciplinati all' interno del Codice diventano strumenti per una buona riuscita delle misure di prevenzione. Con Delibera n. 1037 del 18.10.2021 è stato adottato il nuovo "Codice di Comportamento per il personale operante nell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S.G. Moscati di Avellino". L'Azienda ha adottato tale Codice previa consultazione pubblica dello stesso sul sito web aziendale (al link news e Amministrazione Trasparente/disposizioni generali/atti generali e sottosezione Altri contenuti) con l'invito agli stakeholder a far pervenire osservazioni, proposte di integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti mediante la compilazione di un apposito modulo.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2022: pianificazione di un corso di formazione rivolto ai dipendenti sul Codice di Comportamento e attivazione di un monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei Dirigenti. Attestazione dei Dirigenti nei report infrannuali.

2023: Implementazione di misure ulteriori scaturite dall' adozione di un Codice di comportamento sottoposto a revisione.

2024: Focus e riprogrammazione evento formativo nell'ipotesi di introduzione di ulteriori misure.

SOGGETTI RESPONSABILI: Il RPCT vigila sull'attuazione del Codice di Comportamento, tutti i Direttori di Dipartimento/UU.OO.CC. vigilano sull' osservanza del codice da parte del personale dipendente. Collaborazione con il Responsabile della formazione aziendale per il corso da effettuare nell'anno 2022.

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

M03) Informatizzazione processi e monitoraggio dei termini procedurali

Tra le misure più importanti che eliminano il potere discrezionale della stazione appaltante vi è il passaggio dal cartaceo al digitale delle attività amministrative e procedurali presenti nell'Ente

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2022: relazione semestrale a cura dei Direttori/Responsabili di struttura sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori e sul rispetto dei termini procedurali. La presente relazione avrà effettivo inizio nel secondo semestre.

2023: Conferma della relazione semestrale e verifica a campione a cura dell'RPCT del rispetto dei tempi del procedimento ogni sei mesi.

2024: Conferma della relazione semestrale e verifica a campione a cura dell'RPCT del rispetto dei tempi del procedimento ogni quattro mesi.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT e Direttori/ Responsabili di struttura

NOTE: misura comune a tutti i servizi e valida ai fini della valutazione della Performance.

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

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o

meno una condotta impropria. La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il **“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”**, emanato con il d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, sopra citato. In particolare, l’art. 6 rubricato “Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi” prevede per il dipendente l’obbligo di comunicare al dirigente, all’atto di assegnazione all’ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all’ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate. L’art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l’obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. L’art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le “gravi ragioni di convenienza” che comportano l’**obbligo di astensione**, in sintonia con quanto disposto per l’astensione del giudice all’art. 51 c.p.c. . Più nel dettaglio l’art. 7 dispone che **«il dipendente si astiene dal partecipare all’adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull’astensione decide il responsabile dell’ufficio di appartenenza»**. Ciò vuol dire che, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell’ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Il D.P.R. n. 62/2013 prevede un’ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all’art. 14 rubricato “Contratti ed altri atti negoziali” che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all’art. 7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell’art. 14 dispone l’obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l’amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell’art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si “astiene dal partecipare all’adozione delle decisioni ed alle attività relative all’esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell’ufficio”. Sebbene la norma sembri configurare un’ipotesi di conflitto di interessi configurabile in via automatica, si ritiene opportuno che il dipendente comunichi la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull’astensione in conformità a quanto previsto all’art. 7 del D.P.R. n. 62/2013. Si rammenta, peraltro, che uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente è previsto nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell’amministrazione.

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

Con **delibera n. 1186 del 19 dicembre 2018, l’ANAC ha precisato che** nei casi in cui il funzionario debba astenersi, tale astensione riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del funzionario interessato.

Per tali motivi, L’Azienda ritiene opportuno prevedere:

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

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

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

Nel corso del 2021 è stato effettuato, da parte del RPCT, un controllo/verifica a campione sulle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di astensione e conflitto di interessi dei membri delle commissioni di gara e dei concorsi e sull'inserimento, nelle delibere e determine aziendali, della formula di stile della "Dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi", da parte del Responsabile del Procedimento in relazione al procedimento stesso, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/90 della Misura M4 del PTPCT.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2022: monitoraggio sull'attuazione della misura da parte dei responsabili dei singoli settori, destinato a confluire nella reportistica da consegnare al RPCT entro il 15 gennaio dell'anno successivo e di tale monitoraggio, il RPCT ne darà contezza nella relazione annuale.

2023: implementazione della misura anche ai collaboratori responsabili del procedimento.

2024: esemplificazione di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto.

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

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

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

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni", nell'ambito della più ampia strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni di corruzione delineata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, disciplina ex novo il tema del conferimento degli incarichi in ambito sanitario. Le precedenti normative di settore che regolavano la incompatibilità del personale medico del SSN (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, commi 9 e 11; legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 7) erano poste a tutela della esclusività del rapporto lavorativo, in funzione della valorizzazione e della migliore utilizzazione del servizio dei medici: da qui l'assoluto divieto, per il medico del servizio pubblico, di instaurare rapporti ulteriori o detenere la

titolarità o la compartecipazione di quote di imprese in potenziale conflitto di interesse. La violazione di tale divieto era sanzionato disciplinarmente dalla normativa sull'impiego del personale del SSN, come più volte precisato dalla giurisprudenza.

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

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

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

b) L'Inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale

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

c) L'Inconferibilità per provenienza da incarichi politici

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

LA SITUAZIONE DI INCONFERIBILITÀ NON PUÒ ESSERE SANATA.

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

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

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

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

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

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

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

b) Incompatibilità con l'esercizio di cariche politiche

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

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

Qualora la causa di incompatibilità sopravvenga nel corso del mandato, è previsto che sia il consiglio a contestarla, assegnando un termine di 10 giorni all'interessato per esercitare l'opzione. Inoltre, l'azione di accertamento può essere proposta da chiunque vi abbia interesse e la competenza a decidere è demandata al Tribunale competente. Anche in questi casi, al potere di accertamento del Consiglio, si aggiunge quello demandato al Responsabile di prevenzione della corruzione, diverso per il procedimento da seguire e per i termini da applicare. Trattasi di un decreto che ha posto sin da subito dei problemi applicativi legati al fatto che tutti gli articoli che lo compongono fanno riferimento solo alle ASL ed è per questo che l'ANAC è intervenuta con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 a risolvere la questione applicativa, sottolineando come, in realtà, nella nozione di aziende sanitarie ed ospedaliere, contenuto nell'art 1 c. 50 punto 2) l. n. 190/12, vadano incluse tutte le strutture preposte all'erogazione dei servizi sanitari, comprese anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

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

La ragione di questa presa di posizione da parte dell'ANAC si comprende se si considera che la sanzione inibitoria che vieta all'organo conferente di affidare incarichi di propria competenza per un periodo di 3 mesi, è cmq una sanzione personale, di natura interdittiva, fissa che, pertanto, non può essere irrogata a prescindere da un'indagine sull'elemento psicologico di chi deve subirla. E' evidente, allora, come il RPCT è il soggetto cui la legge riconosce non solo il potere di avvio del procedimento di accertamento e di verifica in ordine alla sussistenza di una situazione di inconfiribilità, ma è anche il dominus del procedimento sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconfiribile. Per tali motivi,

come precisato nella delibera n. 833/16 dell'ANAC, il RPCT è tenuto a differenziare la posizione del soggetto destinatario della contestazione **ex art 15, d.lgs. n. 39/13**, da quella del soggetto che ha proceduto alla nomina e per il quale è prevista la sanzione **ex art 18, d.lgs. n. 39/13**. L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del decreto in esame va pubblicato sul sito dell'Ente che ha conferito l'incarico.

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

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

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

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

Ad inizio di ogni anno il RPCT provvede a richiedere alla Direzione Strategica il rilascio della dichiarazione dell'assenza delle cause di incompatibilità di cui al d.lgs 39/2013. Le stesse dichiarazioni, così come previsto dalla normativa in tema di trasparenza, vengono pubblicate nell'apposita sezione del sito aziendale "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2022: Verifica a campione ogni quadrimestre su almeno 7 dichiarazioni

2023: Verifica a campione ogni quadrimestre su almeno 10 dichiarazioni.

2024: Aggiornamento delle dichiarazioni e della modulistica standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di inconfiribilità

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e chi rilascia la dichiarazione

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

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto. In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività

imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato. La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario. È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, c. 5 e 7). Il rilievo delle disposizioni dell'art. 53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante. Un'ulteriore modifica apportata dalla l. 190/2012 riguarda la previsione di appositi regolamenti (da adottarsi su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, co. 2, della l. 400/1988) con cui individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche (art. 53, co. 3-bis). **L'AORN S.G. Moscati ha provveduto all'adozione di un Regolamento in materia.** Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le Amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 53, c. 12). Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità. Nel corso del 2021 si è proceduto ad effettuare un controllo a campione della modulistica sottoscritta dai dipendenti e l'autorizzazione rilasciata agli stessi per lo svolgimento di incarichi extra istituzionali ed è iniziato l'iter per l'aggiornamento del *"Regolamento per l'autorizzazione ed il conferimento al personale dipendente di incarichi non compresi nei compiti e doveri d'ufficio"*.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2022: Monitoraggio del rispetto del Regolamento incarichi extra-istituzionali e avvio azioni di verifica del rispetto del Regolamento incarichi interni. Obbligo di rendicontazione in seno alla Relazione infrannuale, da parte dei Dirigenti delle Strutture riceventi le richieste, del rispetto della disciplina.

2023: implementazione della misura

2024: rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extra-istituzionali, e se del caso, implementazione di documentazione ad hoc.

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

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2021 è stato effettuato, da parte del RPCT, un controllo/verifica a campione sulle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di astensione e conflitto di interessi dai membri della commissione giudicatrice/seggio di gara e commissioni di concorso.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2022: Acquisizione da parte degli uffici interessati di una relazione finale sull'attuazione della misura.

2023: implementazione della misura.

2024: Adeguamento Regolamento

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

8 M08) Il Whistleblowing

In Italia la prima disciplina sul whistleblowing è stata introdotta con la **legge 190/2012** (c.d. legge "Severino"), che ha inserito l'art. 54-bis nel corpo del Testo unico del pubblico impiego (d.lgs. 165/2001), prevedendo un regime di speciale tutela del dipendente pubblico che segnalava all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti o ancora all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) ovvero riferiva al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui era ve-

nuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, "al fine di incentivare i medesimi dipendenti a denunciare gli illeciti rilevanti partecipando all'emersione dei fenomeni di corruzione e di mala gestio". La disciplina è stata integrata dal **decreto legge 90/2014**, convertito nella legge 114/2014, che ha modificato l'art. 54-bis, introducendo l'ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni. Da allora, l'ANAC è chiamata a gestire non solo le segnalazioni provenienti dal suo interno, ma anche quelle derivanti da altre amministrazioni pubbliche.

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

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

- Un ampliamento della tutela al dipendente di un ente pubblico economico o di un ente privato sottoposto a controllo pubblico.

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

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

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

<https://sangiuseppemoscati.whistleblowing.it>

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

Si segnala, infine, che il Parlamento Europeo ha approvato il 7/10/2019 la nuova direttiva sul whistleblowing destinata ad essere recepita in Italia entro due anni.

In attuazione della Legge n. 179/17 art 1 c. 5, l'ANAC ha provveduto ad adottare **le linee guida in materia** (Delibera ANAC 469 del 9 giugno 2021). **Dal 3 settembre 2020 è in vigore il nuovo Regolamento** con cui l'Autorità ha provveduto a modificarne l'intera struttura al fine di esercitare il potere sanzionatorio in maniera più celere ed efficiente e per svolgere un ruolo attivo nell'opera di emersione di fatti illeciti commessi nelle PP.AA.

Il **Regolamento** disciplina quattro tipologie di procedimento:

- il procedimento di gestione delle segnalazioni di illeciti (presentate ai sensi del co. 1 dell'**art. 54-bis** del **D.Lgs. n. 165/2001**);
- il procedimento sanzionatorio per l'accertamento dell'avvenuta adozione di misure ritorsive (avviato ai sensi del comma 6 primo periodo dell'**art. 54-bis**);
- il procedimento sanzionatorio per l'accertamento dell'inertezza del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) nello svolgimento di attività di verifica e analisi delle segnalazioni di illeciti (comma 6 terzo periodo dell'**art. 54-bis**);
- il procedimento sanzionatorio per l'accertamento dell'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni (comma 6 secondo periodo dell'**art. 54-bis**), ovvero l'adozione di procedure non conformi a quelle stabilite dalle linee guida ANAC e conseguente applicazione delle relative sanzioni.

Il regolamento ha anche cura di indicare un ordine di priorità di gestione delle segnalazioni e comunicazioni ricevute, le quali saranno evase dall'ANAC secondo la gravità delle violazioni riferite e la reiterazione delle stesse (art. 7).

AZIONI DA INTRAPRENDERE NEL TRIENNIO

2022: attivazione di percorsi formativi sul tema della legalità e sulla l. n. 179/17

2023: adozione del nuovo Regolamento a seguito del recepimento della direttiva UE

2024: implementazione misura

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e tutto il personale

M09) Il Patto di Integrità

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

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

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

Nel corso del 2021 il RPCT ha avviato un monitoraggio sull'attuazione della misura tramite verifica a campione dell'Allegato "Patto Integrità AORN Moscati" alle gare espletate dall'Azienda.

AZIONE DA INTRAPRENDERE

2022: Implementazione del sistema di verifica in ordine alla attuazione della misura

2023: aggiornamento del Patto di integrità

2024: corso di formazione specifico alle UU.OO.CC interessate

SOGGETTI RESPONSABILI:

Il RPCT, i Direttori UU.OO.CC. Provveditorato e Economato e GRU, i Dirigenti in fase di attuazione.

M10) La Formazione

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

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

La presente misura costituisce "obiettivo strategico ed operativo", così come indicato nella Deliberazione del Direttore Generale n. 177 del 21/02/2022, "Aggiornamento per il 2022 del Piano Triennale della Performance 2020/2022. Adozione nella parte in cui recita: "incremento dei corsi di aggiornamento in materia di anticorruzione e trasparenza...".

Ad inizio 2022 è stato svolto in modalità webinar il corso “Legge Anticorruzione n. 190/2012”, ultimo corso di un ciclo di precedenti attività formative che ha visto la partecipazione di molti dipendenti aziendali e soprattutto dei nuovi assunti.

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

2022: la verifica sul rispetto della misura verrà fatta prendendo in considerazione le attività che saranno deliberate nel piano di formazione adottato dall’ Azienda Ospedaliera. Monitoraggio sulla formazione ai fini della rotazione del personale su base pluriennale.

2023: implementazione della misura per sopravvenute modifiche normative

2024: strutturazione della formazione su due livelli: generale e specifico

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

M11) La rotazione ordinaria e straordinaria del personale

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

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all’assetto organizzativo dell’amministrazione. Tra i **vincoli “soggettivi”** ritroviamo: i diritti sindacali, la legge 5 febbraio 1992 n. 104 (il permesso di assistere un familiare con disabilità) e il d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).

La rotazione va correlata all’esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell’azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche (**vincoli “oggettivi”**): infatti, tra i condizionamenti legati all’applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall’appartenenza a categorie o professionalità specifiche.

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

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

In base alle indicazioni dell’ANAC, sarebbe opportuno che l’organo politico, previa verifica dei contratti in scadenza e quindi, degli uffici potenzialmente interessati dalla applicazione della misura, procedesse alla adozione di un atto di indirizzo che contenga i criteri della rotazione prima declinati. All’uopo sempre

L'Autorità, suggerisce di coinvolgere prima gli uffici più esposti al rischio di corruzione, per poi considerare gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso; potrebbe risultare, altresì, utile programmare in tempi diversi, e quindi non simultanei, la rotazione dell'incarico dirigenziale e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio, oltre al necessario distinguo tra l'area amministrativa, tecnica e medica, come tempi di applicazione della misura. Di qui l'importanza di adottare un **"piano aziendale di rotazione"** articolato su base pluriennale, che preveda la rotazione del personale dirigenziale e non dirigenziale. Nei casi in cui non è possibile applicare la misura della rotazione ordinaria, l'Azienda procederà all'applicazione della misura alternativa, ovvero alla c.d. **segregazione delle funzioni**, nonché alla rotazione straordinaria degli incarichi nelle ipotesi di corruzione accertata nell'Ente alla luce delle modifiche introdotte dalla c.d. legge spazza-corrotti (l. 9/01/2019 n. 3) e dei suggerimenti contenuti nella linea guida ANAC n. 215 del 26/03/2019.

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

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

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

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

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

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

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

Per l'ANAC, il momento dell'applicazione della misura della rotazione deve coincidere con l'iscrizione del soggetto nel registro delle notizie di reato, in quanto con tale atto prende avvio il procedimento penale ed in considerazione del fatto che al registro possono accedere solo l'autore del reato, la persona offesa ed i relativi difensori; per cui, ad avviso dell'Autorità, **l'ente è tenuto ad adottare un provvedimento che disponga l'applicazione della misura o la conferma dell'incarico in attesa degli esiti del procedimento penale.** Tuttavia, se ci si sofferma sulle modifiche apportate dalla l. n. 3/2019 c.d. legge spazza-corrotti, colpisce che la linea guida nulla dice al riguardo.

L'avvento della legge e le modifiche da essa apportate al regime delle pene accessorie (art 317 bis c.p.), hanno, di fatto stravolto l'applicazione della misura in caso di sentenza di condanna superiore a 2 anni, se si considera che la nuova legge da un lato, dice che se il dipendente viene condannato con una pena superiore a 2 anni è sospeso ipso iure dalla legge, dall'altro non specifica di che tipo di sentenza si tratta (l grado o definitiva); si comprende come, di fatto queste lacune normative, hanno finito per restringere il campo di applicazione della misura da parte delle pubbliche amministrazioni in senso lato.

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

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

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

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

Per i motivi esposti, l'Azienda Ospedaliera si riserva nei casi di rinvio a giudizio e fino alla sentenza di primo grado per i reati indicati nella l. n. 3/2019 di decidere se adottare un provvedimento di conferma dell'incarico fino alla sentenza di primo grado o di revoca della fiducia e, in quest' ultimo caso, di procedere all'applicazione della misura della rotazione.

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

2022: verifica interna volta ad individuare gli uffici che potrebbero essere interessati dalla applicazione della misura della *rotazione ordinaria*, ove possibile;

2023: eventuale adozione di un atto di indirizzo volto alla fissazione dei criteri della rotazione laddove la verifica dei contratti in scadenza rivelasse buone condizioni per l'applicazione della misura;

2024: predisposizione del piano aziendale di rotazione o, adozione della misura alternativa alla rotazione nota come la segregazione delle funzioni (non lasciare l'intero iter procedurale in mano ad un solo soggetto).

SOGGETTI RESPONSABILI : RPCT, DIRETTORE GENERALE.

M12) Il divieto di PANTOUFLAGE

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

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

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

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

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

Per tali motivi:

1) Negli atti di gara è inserito l'obbligo di autocertificazione, da parte dei concorrenti di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con ex dipendenti che hanno esercitato poteri

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

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

3) Infine, l'Azienda Ospedaliera si impegna a predisporre un'autodichiarazione da far sottoscrivere al dipendente in fase di cessazione del rapporto con l'Azienda, con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali e successive contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma. Con la sentenza n. 7411/19 il Consiglio di Stato, dopo aver ribadito la competenza dell'ANAC in merito alla vigilanza ed all'accertamento delle fattispecie di pantouflage previste dall'art 53, c. 16-ter, D.lgs. n. 165/2001, ne ha riconosciuto anche i poteri sanzionatori (comunicato ANAC del 30 ottobre 2019).

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

2022: predisposizione di autodichiarazione da far firmare al dipendente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Ospedaliera.

2023: avvio di un monitoraggio con cadenza semestrale sulle dichiarazioni acquisite

2024: implementazione della misura per sopravvenute novità normative

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttori U.O.C Provveditorato ed Economato e G.R.U.

Per ulteriori approfondimenti alla normativa più recente "Schema PNA 2022-2024 Documento di consultazione 24.06.2022", di seguito si indica il link di rinvio <https://www.anticorruzione.it/-/piano-nazionale-anticorruzione-2022-2024-schema-in-consultazione>.

M13) Semplificazione e sensibilizzazione

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

Proprio nel segno della semplificazione e snellimento si collocano le norme del Decreto Semplificazioni approvato con DI 76/2020 e convertito in L.120/2020 (il decreto semplificazioni 2021 ha prorogato al 2023 alcune norme "provvisorie" previste dal decreto del 2020), la cui disciplina intende assolvere alla funzione principale di velocizzare le procedure di gara e di snellire i procedimenti in generale, evitando al dirigente di incorrere in sanzioni penali (l'abuso di ufficio è

stato riformato si da fare dire alla Corte di Cassazione sent.n.442 dell'8 gennaio 2021 che il campo di applicazione della norma è ristretto ed è tale da determinare l'*abolitio criminis*) e sanzioni economiche (*il danno erariale è stato riformato e ridotto nella sua portata durante questo periodo emergenziale*).

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

Azioni da intraprendere:

2022: attivazione di un sistema di monitoraggio (con relazione finale) sui termini di conclusione dei procedimenti di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese ex art 12 l. n. 120/20: relazione semestrale a cura dei Dirigenti sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti.

2023: verifica a campione a cura del RPCT del rispetto dei tempi del procedimento.

2024: monitoraggio della misura implementata

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttori U.O.C Provveditorato ed Economato e G.R.U.

IL MONITORAGGIO E IL RIESAME

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

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

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

In particolare, l'attività di verifica riguarderà gli aspetti di seguito declinati:

- a) 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;
- b) il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati gli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità previsti dal Piano della trasparenza;
- c) l'attestazione, eventuale, della attuazione di misure ulteriori proposte al fine di prevenire e contrastare i connessi fenomeni di corruzione;
- d) Comunicazione del numero di proroghe contrattuali/affidamenti diretti;
- e) Comunicazione del numero totale degli affidamenti effettuati nel periodo di riferimento del report e il numero di affidamenti con almeno una variante;
- f) Comunicazione sul numero totale delle istanze di accesso civico semplice e generalizzato oltre che documentale trattate;
- g) Attestazione ai sensi dell'art 6 bis, l. n. 241/90, art. 35 bis e 53 del d.lgs. n. 165/01.

ESITI DEL MONITORAGGIO

ATTIVITA' DEL RPCT	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCONTRO DIRIGENTI/P.O.

LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

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

Finalità trasparenza

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

Essa, infatti, consente:

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

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

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

Accesso agli atti della Pubblica Amministrazione

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

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

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

L’ **art 2** novellato individua in maniera più dettagliata l’**oggetto del decreto legislativo** riferendosi alla libertà di accesso ai dati e ai documenti detenuti sia dalle PP. AA., sia dagli enti pubblici e dalle società controllate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ DATI PERSONALI

➤ CORRISPONDENZA

➤ INTERESSI ECONOMICI, COMMERCIALI, DIRITTI D'AUTORE.

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

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

Inoltre, se la legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico". Ne deriva che, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 7). Nel caso dell'accesso documentale della legge 241/1990 la tutela può consentire "un accesso più in profondità a dati pertinenti", mentre nel caso dell'accesso generalizzato le esigenze di controllo diffuso del cittadino possono "consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni". Per i motivi esposti, l'AORN Moscati ha provveduto sia ad istituire un registro informatico per monitorare le istanze di accesso che ad adottare **un Regolamento sull'accesso civico con delibera n. 358 del 21 aprile 2017** (integrato con Delibera n. 759 del 12/09/2018), destinato ad essere aggiornato insieme alla modulistica allegata, in considerazione dell'entrata in vigore del GDPR n. 679/16 e del d.lgs. n. 101/18, che ha riscritto il Codice Privacy.

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

Con l'accesso civico è stata riconosciuta la partecipazione e la collaborazione diretta del cittadino-utente. L'attivazione di questo strumento di tutela diffusa non richiedeva una motivazione, era gratuita e non presupponeva una situazione legittimante in capo all'istante. L'amministrazione era tenuta a rispondere entro 30 giorni e a procedere alla pubblicazione sul sito di quanto richiesto, con evidente beneficio non solo per il richiedente, ma anche per l'intera collettività. Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art 6 del precitato d.lgs. n. 97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è consentito "a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione", (art 5 c. 2, d.lgs. n. 33/13). Il primo elemento da cogliere è che l'accesso civico non ha più solo come presupposto

l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, ma è utilizzabile da chiunque senza motivazione sui dati e sui documenti detenuti dalla P.A. ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

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

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

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

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

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

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

Obbligo di risposta della P.A.

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

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

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

Sempre in tale contesto giova richiamare **la circolare n. 1/2019 del Ministro della pubblica amministrazione** che è, invece, entrata nel merito di alcune lacune del decreto sulla trasparenza, in particolare l'ipotesi di un mancato coinvolgimento dei c.d. contro-interessati nel procedimento relativo alla istanza di accesso pervenuta all'ente. La circolare ha, infatti, chiarito che l'integrazione del contraddittorio può avvenire solo in sede di riesame comunicando ai contro-interessati l'avvio del procedimento ai sensi dell'art 7, l. n. 241/90 e che tale richiesta di riesame deve avvenire entro 30 giorni dalla decisione data dall'ente sulla prima istanza, termine che si ricava dalla legge del '71 sui ricorsi amministrativi. Balza agli occhi, infine, sempre nella circolare n. 1/2019, l'obbligatorietà della nomina del c.d. **Responsabile della transizione digitale**, cioè di colui (soggetto interno all'ente), che dovrà aiutare l'Azienda Ospedaliera nel processo di

informatizzazione. A tal proposito si evidenzia che, l'AORN Moscati ha proceduto alla nomina del dott. Giuseppe Versace, già Direttore dell'UOC Sistemi Informativi.

“Dati aperti e riutilizzo”

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

Quando parliamo di dati aperti, invece, facciamo riferimento a tipologie di dati che chiunque può utilizzare, riutilizzare e diffondere. In tal caso però, la P.A. non assume un atteggiamento “proprietario” nei confronti dei dati, ma i dati e le informazioni in suo possesso, per le loro caratteristiche intrinseche e per le loro modalità di raccolta sono considerati beni comuni. Ne deriva che gli scopi che vengono perseguiti con gli open data, non sono di valorizzazione economica e commerciale, ma la garanzia di una maggiore trasparenza amministrativa e la circolazione libera dei dati, informazioni per una maggiore conoscenza collettiva degli stessi. La complementarità tra dati aperti, trasparenza e il rapporto tra quest'ultima e il riutilizzo dei dati e delle informazioni pubbliche costituisce la ratio che ha portato il legislatore a prevedere un articolo come l'**art 7** e mette in evidenza come la trasparenza non sia più solo sinonimo di prevenzione della corruzione attraverso un controllo sull'operato dell'ente, ma tende alla circolazione e diffusione dei dati e delle informazioni attraverso una nuova conoscenza collettiva. Per comprendere la portata innovativa del decreto n. 33/13 bisogna leggere l'art 7 insieme con l'art 3, dal momento che il combinato disposto dell'art 3 e art 7 apporta un primo rilevante cambiamento: la trasformazione del riutilizzo da una facoltà discrezionale in capo alle PP.AA. ad un vero diritto in capo a tutti i cittadini. **N.B.** - Sia l'art 52 del CAD che la disciplina sul riutilizzo contenuta nel d.lgs. n. 36/06 avevano declinato il riutilizzo come una mera facoltà in capo alla P.A., verso la quale il cittadino poteva far valere solo un interesse di mero fatto. L'art 52 del d.lgs. n. 82/05 prevede solo l'obbligo di pubblicare i dati e i documenti che le PP.AA. scelgono discrezionalmente di pubblicare nel proprio sito come *dati aperti*; anche se si allarga lo sguardo ai diritti digitali (art 3-11) non è previsto alcun diritto al riutilizzo per il cittadino. Allo stesso modo, il d.lgs. n. 36/06 non disciplina alcun diritto al riutilizzo, neanche dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 102/15 che ha dato attuazione alla nuova direttiva sul riutilizzo delle informazioni nel settore pubblico. L'art 3 del Decreto Trasparenza, invece, prevedendo il diritto in capo a chiunque di conoscere documenti, dati e informazioni pubbliche oggetto di pubblicazione obbligatoria o di accesso civico semplice, ha previsto il diritto di fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico, secondo le disposizioni dell'art 7. Sono soggetti al riutilizzo e vanno pubblicati come dati aperti, tutti i documenti, dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma anche quei dati ulteriori accessibili ex art 5 c. 2 vanno considerati come potenzialmente riutilizzabili. Ciò in quanto la norma

fa riferimento in generale all'art 5 del d.lgs. n. 33/13, per cui sia all'accesso civico "semplice" che "generalizzato".

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

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

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

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

Nell'ambito del Servizio Sanitario, la trasparenza presenta, infatti, una finalità ulteriore rispetto al controllo del perseguimento delle funzioni istituzionali e sull' utilizzo delle risorse pubbliche, costituendo strumento essenziale per una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino al momento

della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso allo stesso servizio e strumento di attuazione concreta dei principi di uguaglianza su cui si fonda il Sistema Sanitario pubblico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ATTI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

Di seguito l'analisi di alcuni obblighi di pubblicazione ricadenti sull'azienda ospedaliera recentemente oggetto di modifica a cura del d.lgs. n. 97/16, della legge di bilancio 2020 (l. n.160/2019) e dal c.d. decreto mille-proroghe (d.l. n. 162/2019) e del nuova PNA 2022-2024.

➤ **Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 10)** – all’art 10 del d.lgs. n. 97/16 si deve l’eliminazione dell’obbligo, per le P.A., di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l’integrità (“PTTI”), demandando a ciascuna P.A. il compito di indicare, in un’apposita sezione denominata “sezione Trasparenza” del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (“PTPC”), i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati. L’allegato 2 del PNA 2022-2024 ha previsto altresì, relativamente alla sezione “Disposizioni generali”- Sottosezione “PTPCT” e alla denominazione del singolo obbligo, il richiamo al PIAO.

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

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

➤ **Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (art. 14)** – Nella versione originaria, l’art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013, al comma 1, già imponeva alle amministrazioni interessate la pubblicazione di una serie di documenti e informazioni, ma tale obbligo si riferiva solo ai titolari di incarichi politici di livello statale, regionale e locale. La novella di cui al d.lgs. n. 97 del 2016 ha poi aggiunto all’art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013 cinque nuovi commi, tra i quali, appunto, quello dichiarato poi incostituzionale dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 20/2019, che estendeva gli obblighi di pubblicazione richiamati dall’ articolo in commento anche ai titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti. In tal modo, la totalità della dirigenza amministrativa è stata sottratta al regime di pubblicità congegnato dall’art. 15 del d.lgs. n. 33 del 2013 – che per essi prevedeva la pubblicazione dei soli compensi percepiti, comunque denominati – ed attratta nell’orbita dei ben più pregnanti doveri di trasparenza originariamente riferiti ai soli titolari di incarichi di natura politica. Come noto la vicenda della pubblicazione dei dati reddituali dei dirigenti pubblici ai sensi dell'*art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33* si è complicata a seguito della declaratoria di incostituzionalità da parte della Corte Costituzionale con la *sentenza 23 gennaio 2019 n. 20* "nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'*art. 14, comma 1, lettera f)*, dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'*art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)". Con ordinanza cautelare il *TAR Lazio Roma, Sez. I, 21 novembre 2019 n. 7579*, in accoglimento dell'istanza cautelare di due dirigenti sanitari titolari di struttura complessa dell'Azienda sanitaria locale di Matera, ha sospeso la deliberazione dell'omonima Asl con cui veniva richiesta ai suddetti dirigenti la trasmissione dei dati ex *art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33* e rinviata la causa al merito del 22.04.2019. Sulla base di questi presupposti e dell'incertezza normativa che ne è derivata l'Autorità ha ritenuto opportuno, con *Del. 4 dicembre 2019 n. 1126*:

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

- Fermo restando quanto previsto nella *delibera ANAC n. 586/2019* per i dirigenti del SSN, di sospendere, alla luce dell'ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21 novembre 2019, l'efficacia della

richiamata delibera limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'[art. 14, co. 1, lett. f\) del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33](#) ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio".

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

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

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

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

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

La Corte, invece, si è pronunciata in modo differente con riferimento all'art. 14, comma 1, lett. f) del d.lgs. n. 33/2013 dichiarando l'incostituzionalità dell'art. 14, comma 1 bis del d.lgs. 33 del 2013 " nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1 lett. f), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, comma 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

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

La Corte ha ritenuto, infatti, che la conoscenza del complesso delle informazioni e dei dati di natura reddituale e patrimoniale contenuti nella documentazione oggetto di pubblicazione, per come è formulata

la norma, rivolta in modo indiscriminato a tutti i dirigenti pubblici, non appare né necessaria né proporzionata rispetto alle finalità perseguite dalla legislazione sulla trasparenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel 2019, l'art 1. c. 7 dl n. 162/2019 c.d. decreto mille proroghe prova a fornire una soluzione definitiva alla vicenda innescata dalla dichiarazione di incostituzionalità dell'articolo 14, comma 1-bis, nella parte in cui estendeva anche ai dirigenti non appartenenti ai vertici massimi delle amministrazioni statali scelti per via fiduciaria gli obblighi pubblicitari, disposta con la sentenza della Consulta 20/2019. In considerazione del fatto che dopo tale sentenza urge l'intervento del Parlamento per riordinare il sistema, nelle more

dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Consulta 20/2019, lo schema di decreto ha stabilito che ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e ai titolari di incarichi dirigenziali non si applicano le sanzioni previste dagli articoli 46 e 47 del d.lgs. n. 33/2013 per la mancata pubblicazione dei dati. Tra questi provvedimenti, il dl milleproroghe n. 162/19 ha demandato ad un **regolamento** delegato di delegificazione la specificazione dei dati, che le pubbliche amministrazioni e i soggetti a vario titolo partecipati di cui di cui all' articolo 2-bis, comma 2, del d.lgs. 33/2013, devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, ivi comprese i funzionari incaricati nelle posizioni organizzative ad essi equiparate, nel rispetto di due criteri: il primo è la graduazione degli obblighi di pubblicazione, funzionale al rilievo esterno dell' incarico svolto al livello di potere gestionale e decisionale esercitato correlato all' esercizio della funzione dirigenziale; il secondo è che i dati patrimoniali siano oggetto esclusivamente di comunicazione all' amministrazione di appartenenza. Tuttavia, in considerazione dell'emergenza sanitaria che ha investito il nostro Paese, ha portato il Legislatore, con l'art 1 c. 16 del dl n. 183 del 31 /12/2020 a prorogare al 30 aprile 2021 l'adozione del Regolamento che doveva stabilire i nuovi obblighi di pubblicazione. Per tali motivi, fino al 30 aprile 2021, la mancata pubblicazione dei dati, non costituiva causa di responsabilità dirigenziale e non si poteva applicare alcuna sanzione.

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

- **Bandi di concorso (art 19) - L'articolo 1, comma 145 della legge di bilancio 2020** ha modificato l'**art. 19 del d.lgs. 33/2013** prevedendo che le PP.AA. debbano pubblicare, oltre al bando di concorso e i criteri di valutazione della commissione valutatrice, anche le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori avvenute nel tempo. Tutti i suddetti dati devono essere mantenuti aggiornati. Il **comma 145**, inoltre, ha aggiunto il comma 2 bis all'art. 19 del d.lgs. 33/2013, disponendo che le amministrazioni pubbliche e gli organismi partecipati assoggettati alla normativa in materia di trasparenza dovranno assicurare, tramite il Dipartimento della F.P., la pubblicazione del collegamento ipertestuale di tali dati; a tal proposito, la stessa disposizione ha previsto che con d.m., da adottarsi entro 60 gg (29/02/2020), saranno definite le relative modalità attuative delle nuove disposizioni e, quindi, ne deriva che:
 - **prima dell'entrata in vigore della legge n. 160/2019 era DOVEROSO pubblicare:**
 - i bandi di concorso,
 - i criteri di valutazione della Commissione,
 - le tracce delle prove limitatamente a quelle scritte,
 - l'elenco aggiornato dei soli bandi di concorso;

 - **dopo l'entrata in vigore della legge n. 160/2019 è OBBLIGATORIO pubblicare:**
 - i bandi concorso,
 - i criteri di valutazione della Commissione

- le tracce delle prove,
- le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori,
- gli aggiornamenti dei predetti dati.

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

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

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

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

Relativamente agli obblighi di pubblicazione (delineati nell'Allegato 1 della Delibera 1310/2016, a cui fa riferimento l'Allegato 2 del presente PTPCT), il PNA 2022-2024 ha previsto, nell'Allegato 9, i nuovi obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente". Suddetti nuovi obblighi sono stati recepiti e confluiti nell'Allegato 2 del presente PTPCT nella sotto-sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente" aziendale.

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

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

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

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

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

La struttura deputata alla pubblicazione dei dati è l'UOC Sistemi Informativi nella persona del Direttore dott. Giuseppe VERSACE.

N.B. - Ciascun Direttore (Dipartimentale e UU.OO.CC/ UU.OO. PTA) è tenuto, per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile del servizio Sistemi Informativi, 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 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza opererà una verifica a controllo a campione semestrale, al fine di consentire una più agevole disamina della situazione all'interno dell'Ente.

Il RPTC svolge, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica che varia a seconda della tipologia di dati come indicato nell'Allegato 2 (Elenco obblighi di pubblicazione), mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto nel PTPC. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT di norma, il Responsabile della trasmissione, dopo aver trasmesso i dati per la pubblicazione, informa tempestivamente anche il RPCT della pubblicazione. Inoltre, al fine di implementare l'efficacia dei monitoraggi, il RPCT rende edotto l'OIV con cadenza semestrale in ordine allo stato di aggiornamento delle sottosezioni di "Amministrazione trasparente" e ad eventuali problematiche afferenti l'elaborazione e la trasmissione dei dati.

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

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

DIPARTIMENTI				
DIPARTIMENTO	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825

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

DIRETTORI STRUTTURA COMPLESSA P.T.A

U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL @aornmoscati.it	PEC @pec.aornmoscati.it	TELEF. 0825
Affari Generali	Dott.ssa Raffaella GENZALE	affari.general	affari.general	203060
Affari Legali	Avv. Lydia D'AMORE	affari.legali	affari.legali	203094
Controllo di Gestione e Programmazione	Dott. Giuseppe DE FUSCO	controllo.gestione	controllo.gestione	203672
Gestione Economico Finanziaria	Dott. Andrea TORTORA	economico.finanziario	economico.finanziario	203073
Gestione Risorse Umane	Dott.ssa Amy MORRISON	risorse.umane	risorseumane	203005

Acquisizione Beni e Servizi	Dott.ssa Genoveffa VITALE	acquisizione.benieservizi	acquisizione.benieservizi	203016
Tecnico e Patrimonio	Ing. Sergio CASARELLA	tecnico.patrimonio	tecnico.patrimonio	203538
Servizio di Prevenzione e Protezione	Arch. Cinzia GIORDANO	prevenzione.protezione	prevenzione.protezione	203300
Sistemi Informativi	Dott. Giuseppe VERSACE	sistemi.informativi	sistemi.informativi	203039

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

REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE

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

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

TUTELA DEI DATI PERSONALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Sezione 3 - Organizzazione Capitale Umano

4.1 *Struttura Organizzativa*

L'organizzazione dell'Azienda si articola in:

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

Il seguente organigramma rappresenta l'assetto definito dall'Atto Aziendale adottato con Del. 689/2021 in cui si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell'atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per l'approvazione della stessa, e con DGRC 305/2021 in cui la Regione Campania ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto.

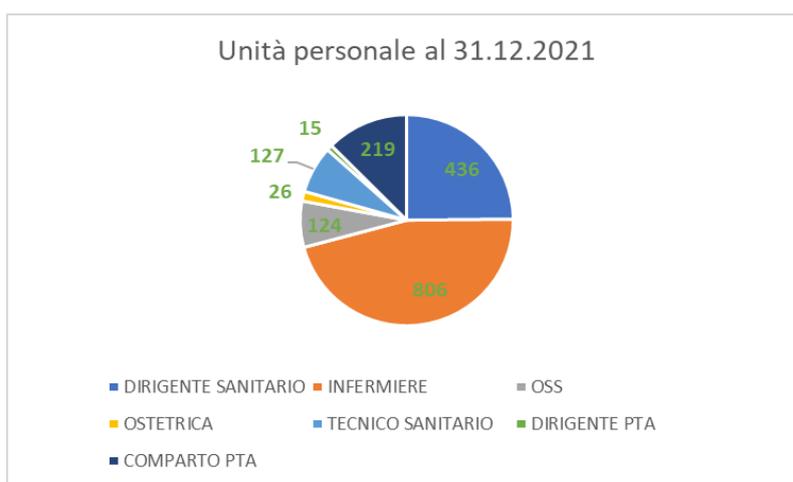
Infine con delibera n. 799 del 29-07-2022 vi è stata la presa d'atto della DGRC 305/2021 concernente l'approvazione definitiva dell'Atto Aziendale AORN S.G. Moscati Avellino.

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

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

La tabella seguente ed il grafico riportano i dati del personale in servizio al 31.12.2021 per i soli dipendenti a TI e TD (n. 1.753 così distinte: n. 1.576 personale a tempo indeterminato e n. 177 personale a tempo determinato) a cui vanno poi aggiunte n. 85 unità di personale afferente ad altro titolo (es. co.co.co, borse di studio, ecc.). Il prospetto considera il personale in forze nei due plessi quello di C/da Amoretta e quello di Solofra dell'AORN:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 *Organizzazione del Lavoro Agile*

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

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

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

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

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

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

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

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



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

4.3 Piano Triennale Fabbisogno del Personale

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

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

In particolare, il documento allegato alla citata DGRC, fornisce delle linee di indirizzo che permettano di individuare principi e criteri univoci e omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, garantiscano una base comune di riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo. Con DGRC 74 del 24/2/2022 la Regione Campania ha approvato la rimodulazione budget di spesa del personale delle Aziende del SSR a decorrere dall'anno 2022, e con nota 110624 del 28/2/2022 la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR ha invitato le Aziende ad adottare il PTFP provvisorio per il triennio 2021/2023, in aggiornamento a quanto già adottato.

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

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa del piano triennale del fabbisogno di personale approvato con Delibera n.492 del 21.04.2022 ed a seguito di modifiche ed integrazioni adottato con Delibera n. 767 del 30.06.2022 e successivamente approvato dagli organismi regionali con DGRC n. 387 del 19/07/2022.

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

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

Fabbisogno di personale nel rispetto della DGRC 593/2020, DM 08,05,18 e del Tetto di spesa L.191/09, DGRC 74/2022.

4.4 Formazione del Personale

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

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

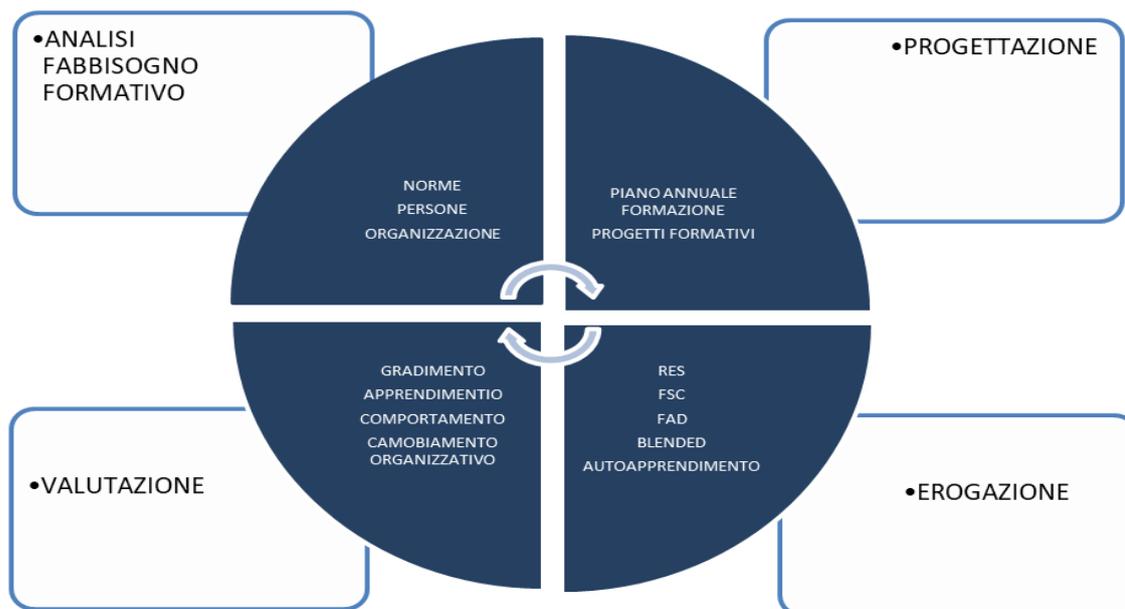
L'AORN SG Moscati è accreditata presso l'Agens quale Provider regionale per la erogazione delle diverse attività formative per la erogazione di ECM; Formazione Residenziale (RES) Formazione sul Campo (FSC), formazione a distanza (FAD sincrona e asincrona). Il percorso si è concluso nel 2021 e consente,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

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

FORMAZIONE

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

Figura 1



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

FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)

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

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

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

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

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

FORMAZIONE A DISTANZA FAD

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

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

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

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

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

FORMAZIONE SUL CAMPO

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

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

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

BLENDED

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

I progetti formativi blended può prevedere la combinazione di:

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

attività in autoapprendimento (contenuti digitali, CBT (Computer Based Training -un esempio possono essere i corsi di lingua su CD interattivi), WBT (Web-Based Training Versione on-line del CBT, si riferisce ai corsi che si possono seguire con una connessione ad Internet). ma anche manuali, testi, risorse libere, ecc.); processi di apprendimento collaborativo nell'ambito di una learning community (basati sull'interazione sincrona, in presenza o a distanza (chat, videoconferenze), o su strumenti di comunicazione asincrona-forum, mailing list, news letter, etc.).

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

FORMAZIONE CONTINUA ECM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali

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

- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere

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

Gli obiettivi formativi di processo

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

- Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura
- Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA)
- La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato
- Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera
- Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali
- Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
- Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria
- Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti

- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo
- Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo

Gli obiettivi formativi di sistema

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

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

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

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

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

<u>BISOGNI DI SALUTE NELLE PERSONE CON IDENTITÀ NON BINARIE E CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI DI GENERE</u>
<u>CORSO DI TOSSICOLOGIA</u>
<u>DIAMOCI UN TAGLIO: IL PROBLEMA DELL'AUTOLESIONISMO IN INFANZIA E ADOLESCENZA</u>
<u>IL CIRCOLO CEREBRALE: ANATOMIA, TECNICHE DI STUDIO, PATOLOGIA</u>
<u>IL PERCORSO DELLA DONAZIONE DEGLI ORGANI</u>
<u>LA MEDICINA PREVENTIVA IN ERA COVID</u>
<u>LE PROCEDURE E LINEE GUIDA NELL'EMERGENZA COVID</u>
<u>L'IMPORTANZA DELLA PSICOLOGIA CLINICA NELL'AMBITO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA</u>
<u>PALS-SUPPORTO AVANZATO PEDIATRICO</u>
<u>PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI- PDTA ICTUS PROCEDURE E PROTOCOLLI DELLA RETE TEMPO DIPENDENTE PROVINCIA DI AVELLINO</u>
<u>RADIOPROTEZIONE IN AMBITO SANITARIO</u>
<u>RIANIMAZIONE APERTA: UN PONTE TRA IL CORRIDOIO E LO SPAZIO OLTRE QUELLA PORTA</u>
<u>SANITARI E PAZIENTE: NUOVA RELAZIONE E OBBLIGHI</u>
<u>SOPRAVVISSUTI AL TRAUMA : PAURA DI MORIRE O DI VIVERE?</u>
<u>STROKE: DAL TRIAGE ALLA SALA ANGIOGRAFICA</u>
<u>VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO</u>
<u>VENTILAZIONE MECCANICA CONVENZIONALE E IN ALTA FREQUENZA</u>
<u>GESTIONE INFERMIERISTICA DEGLI ACCESSI VASCOLARI</u>
<u>L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE</u>
<u>UNLOCKDOWN: IL PROBLEMA DEL LONG COVID. ASPETTI PSICOLOGICI E MEDICI</u>
<u>BILANCIO 2022 E PROSPETTIVE 2023 DEL GRUPPO PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO</u>
<u>COMUNICAZIONE IN NEONATOLOGIA</u>
<u>EMERGENZE -URGENZE OSTETRICO GINECOLOGICHE</u>
<u>GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO:FONDAMENTI, COMUNICAZIONE, CONSENSO INFORMATO E APPLICATIVI DEL SISTEMA OPERATIVO OSPEDALIERO- RISERVATO AI NUOVI ASSUNTI</u>
<u>GIORNATA NAZIONALE PARKINSON</u>
<u>IL CORPO NON MENTE: LA RELAZIONE TRA CORPO E MENTE</u>
<u>IL RUOLO DEL LABORATORIO DI GENETICA NELL'ERA DELLA GENOMICA: LA NOSTRA ESPERIENZA</u>
<u>LOTTA AI GERMI RESISTENTI</u>
<u>NEUROLOGIA E MEDICINA DI GENERE</u>
<u>SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE</u>

WE ARE WHO WE ARE: IL PROBLEMA DELL'IDENTITÀ SESSUALE IN INFANZIA E ADOLESCENZA

FORMAZIONE NEL TRIENNIO

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

Obiettivi generali:

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

Rete dei formatori

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

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

L'intenzione è di costituire un numero di RAF significativo per avviare momenti di incontri e di approfondimento quali Gruppi di Miglioramento ECM, per dare un ulteriore impulso alle attività dei Referenti in sinergia con i Dipartimenti e le strutture di riferimento; gli aspetti formali relativi alle attività dei RAF saranno definiti con atti deliberativi che ne confermano la nomina e i compiti, mantenendosi all'interno di una adeguata dimensione aderente alle necessità.

In particolare i RAF concorrono alla individuazione di bisogni trasversali e ricorrenti a livello di determinate aggregazioni organizzative (quali i Dipartimenti) o a livello dell'intero Azienda suggerendo iniziative formative estese, con una economia di scala, evitando inutili riproduzioni separate; inoltre può essere di grande utilità per i livelli decisionali superiori acquisire direttamente dagli operatori dati e suggerimenti sulle criticità rilevate e sulle ipotesi di soluzione.

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

aree formative interessate

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

Area giuridico-normativa

La continua evoluzione legislativa e regolamentare evidenzia la complessità delle discipline pubblicistiche e la varietà dei criteri interpretativi. È opportuno predisporre un percorso di aggiornamento formativo favorendo e momenti di orientamento applicativo e tra cui il protocollo informatico e gestione documentale, normativa sui CC.NN.LL. in materia di stipula convenzioni attive e passive, controlli attività amministrativa delle Aziende sanitarie controlli di competenza del Collegio sindacale, tecniche redazione

dei provvedimenti amministrativi; responsabilità giuridica dei dipendenti in ambito sanitario, procedimento amministrativo;

Area organizzazione e personale

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

È ipotizzabile la promozione di iniziative formative che vedano coinvolti Dirigenti su tematiche attinenti all'organizzazione, stili di leadership, problem solving, decision making

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

Stante la normativa vigente, esiste l'obbligo (previsto dall'art. 37 del D. Lgs 81/08) a carico del datore di lavoro di sottoporre i lavoratori (intendendosi per lavoratore chiunque svolga attività per l'Ente a titolo oneroso oppure a titolo gratuito) alle varie tipologie di formazione in tema di sicurezza d'intesa il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ente, verranno declinati ed erogati in base alle priorità individuate ed ai contingenti di personale da formare/aggiornare evidenziati dalle direzioni : addetti antincendio , addetti al primo soccorso , corso rappresentante dei lavoratori , formazione dirigente, formazione generale lavoratori, formazione specifica lavoratori, formazione particolare aggiuntiva preposto ; formazione nuovi assunti rischio clinico;

Area economico-finanziaria – controllo di gestione-

Rientrano in quest'area le iniziative formative, sulla base di specifiche priorità indicate da parte dei Direttori Competenti, dirette ad approfondire e consolidare le metodologie di gestione afferenti alla contabilità, project management , la normativa fiscale, alle tematiche di controllo di gestione

Area appalti pubblici

Rientrano in quest'area le iniziative formative dirette ad approfondire e consolidare le metodologie la normativa sugli appalti e i contratti pubblici: il Ruolo e le Funzioni del RUP per il PNRR, Principi generali e procedure di gara alla luce dei recenti interventi normativi e dei principi giurisprudenziali, Le responsabilità amministrative e civili nella gestione del contratto di appalto, Affidamenti sottosoglia: come gestire le procedure; accesso agli atti nelle procedure di gara , PNRR , il MEPA , disciplina del subappalto, agenti contabili – economici- , anticorruzione e nuovo PNA 2022-2024

Area tecnico-specialistica

Include la formazione di settore e l'aggiornamento su normative di carattere tecnico, mirati all'acquisizione e al consolidamento delle competenze necessarie per lo svolgimento di attività o a profili professionali specifici evidenziate dai Direttori di Struttura. Nel corso del 2022 sono state svolte tra l'altro le seguenti attività formative: del Responsabilità medica (civile, penale, disciplinare ed erariale) nell'attività delle strutture sanitarie ; Corso sul danno alla persona. Responsabilità in tema di Coronavirus e sulla relativa responsabilità degli operatori sanitari e della Regione; Gestione del paziente con osteoporosi e malattie osteometaboliche, Sorveglianza epidemiologica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

Area anticorruzione e trasparenza

Saranno rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, al fine di conseguire una conoscenza dei contenuti del codice di comportamento e sulle tematiche dell'anticorruzione e disposizioni applicabili in tali ambito : Il nuovo piano triennale anticorruzione 2022/2024: Metodo di redazione e analisi della gestione del rischio delle informazioni; La gestione degli accessi tra misure di prevenzione e accessibilità delle informazioni ; Il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT): analisi pratica del ruolo e

delle funzioni; trasparenza amministrativa, conflitto di interessi, il Whistleblowing, la rotazione degli incarichi, il pountflage, il codice di comportamento, il sistema di gestione anticorruzione e la norma ISO 37001:2016, il PNA 2022/2024;

Area informatica

Comprende la formazione specifica su applicativi gestionali specifici e generali (videoscrittura, fogli di calcolo, ecc.) di uso comune, nonché eventuale aggiornamento del personale tecnico del settore Informatica sulla base di specifiche richieste da parte del Direttore del SIA. Ipotizzabile anche il ricorso al sito di Formez PA (Syllabus e M000).

VALORE P.A.

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

L'Amministrazione ha aderito al Progetto 2022 che prevede due tipologie di interventi formativi:

- formazione di complessità media (primo livello), svolti con lezioni in presenza o a distanza;
- alta formazione (secondo livello), svolti con lezioni in presenza o a distanza (tipo A) ovvero con metodologia learning by doing (tipo B) con lezioni prevalentemente in presenza.

Sono state individuate le seguenti aree tematiche:

- La Transizione Digitale nella P.A.: Novità, scadenze e obblighi. Il Pnrr ed il Piano per l'informatica (primo livello)
- Progettazione di modelli di servizio, innovazione, analisi e revisione dei processi di lavoro per il miglioramento dei servizi all'utenza- Qualità del servizio pubblico (secondo livello - A).

È ipotizzabile che aderisca anche nei prossimi ai Progetti 2023 e 2024

AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

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

AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO

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

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

TIROCINIO CURRICULARE

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

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

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

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

IL COMANDO FINALIZZATO

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

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

CORSI DI LAUREA PER LE PROFESSIONI SANITARIE

L'A.O.R.N. San Giuseppe Moscati è individuata quale "sede formativa decentrata" dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli- Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli- per la gestione dei Corsi di laurea triennale di Area Sanitaria. Ai sensi del Protocollo d'intesa stipulato tra Regione Campania e Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli per la Formazione dei laureandi dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, sottoscritto il 10/01/2019 e successivamente prorogato con Delibera di Giunta n.72 del 22/02/2022, il rapporto tra l'Università Vanvitelli e l'A.O.R.N. "S.G.Moscati" è disciplinato da apposito Accordo attuativo per il triennio accademico 2020-2023 (art. 3 L. 341/90, e comma 3, art.6 D.Lgs. 502/92 e s.m.i.).

I corsi universitari attualmente attivi sono 3:

- Infermieristica (105 studenti per ogni anno di corso) abilitante alla professione di infermiere;
- Fisioterapia (15 studenti per ogni anno di corso) abilitante alla professione di Fisioterapista;
- Tecniche della Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (8 studenti per ogni anno di corso) abilitante alla professione di Tecnico di Radiologia Medica;

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

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

BANCHE DATI

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

RETE FORMATIVA DELLE SCUOLE SPECIALIZZAZIONE

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

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

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

5 Sezione 4 - Monitoraggio

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

La programmazione aziendale si compone delle fasi di

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6 Atti Adottati dall'AORN Moscati presenti in Amministrazione Trasparente

Si riportano gli atti ad oggi adottati e consultabili sul sito ufficiale Aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente":

- [Piano delle Performance \(Delibera n. 177 del 21.02.2022\)](#)
- [Piano Anticorruzione e Trasparenza \(Delibera n. 511 del 28.04.22\)](#)
- [Piano Triennale Fabbisogno del Personale 2021-2023 \(Delibera n. 492 del 22/04/2022 succ. Delibera n. 767 del 30/06/2022\)](#)
- [Piano Annuale della Formazione 2022 \(Delibera n. 291 del 14/03/2022\)](#)

7 Allegati

- [Mappatura processi- Griglie con Key Risk Indicators \(allegato al PTPCT\)](#)
- [Elenco degli obblighi di pubblicazione \(allegato al PTPCT\)](#)

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO EMERGENZA														
Descrizione del processo	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	corretta gestione dell'intramoenia, nel pieno rispetto dei compiti istituzionali dell'Azienda														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	Rispetto dell'ordine cronologico delle prenotazioni, libera scelta da parte dell'utente del professionista, tracciabilità delle prestazioni rese	assenza di misure trattamento del rischio	no	MEDIO SI (limitata discrezionalità in quanto vincolata da norme, regolamenti e procedure informatizzate)	MEDIO SI (HARILEVANZAANCHE ESTERNA)	MEDIO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative)	BASSO NO	NO	MEDIO	MEDIO (non valutabile a priori)	MEDIA	M01, M02, M03, M04, M05, M09, M10, M11	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO EMERGENZA														
Descrizione del processo	LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTRE/ D'UFFICIO														
OUTPUT	Chiara gestione di tutti i ricoveri con rispetto delle liste di attesa e delle eventuali priorità														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	Evitare gestione personale delle liste di attesa	assenza di misure trattamento del rischio	no	MEDIO SI (limitata discrezionalità in quanto vincolata da norme, regolamenti e procedure informatizzate, modificabili solo con	MEDIO SI (HARILEVANZAANCHE ESTERNA)	NO BASSO	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative e la gestione dei pazienti)	BASSO NO	NO	MEDIO	NON QUANTIFICABILE	MEDIA	M01, M02, M03, M09, M10, M11	MEDIA	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO EMERGENZA														
Descrizione del processo	GARE PRESIDI MEDICI E FARMACI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	Corretta gestione delle procedure di gara con particolare attenzione nella scelta del contraenete e del prodotto da acquistare														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision.	Valore economico Grado effic.	Trasparenza del procedimento e			
3	Superficiale, e generica indicazione dei prodotti da acquistare con inadeguata indicazione delle loro caratteristiche .	assenza di misure trattamento del rischio	no	ALTA SI (discrezionalità detatta da specifiche procedure e dal Codice degli Appalti; Particolare attenzione per i farmaci e/o	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO NO (non quantificabile a priori)	NO	MEDIA	IN BASE ALL'OGGETTO DELLA GARA	MEDIA	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO EMERGENZA														
Descrizione del processo	ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	Corretta gestione dell'evento decesso ospedaliero e totale tracciabilità ed immodificabilità della cartella clinica														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	Poca accorta gestione del decesso ospedaliero e compilazione sommaria e/o incompleta della Cartella Clinica	assenza di misure trattamento del rischio	no	MEDIO SI (limitata discrezionalità in quanto l'azienda utilizza procedure informatizzate e tracciate)	MEDIO SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	BASSO SI	BASSO SI	BASSO NO	NO	MEDIA	NON QUANTIFICABILE	MEDIA	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO EMERGENZA														
------------------------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione del processo	INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	Rispetto della normativa e delle professionalità														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision.	Valore economico Grado effic.	Trasparenza del procedimento e			
5	Sommaria valutazione dei curricula dei dipendenti e non corretta attribuzione dei punteggi e mancato rispetto delle graduatorie	assenza di misure trattamento del rischio	no	BASSO SI (limitata discrezionalità dovuta al rispetto di norme e regolamenti, nonché dalla documentazione dei curricula)	BASSA	BASSO SI	ALTO SI (Coinvolge più unità operative ed il buon nome dell'Azienda)	BASSO NO	NO	BASSO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO EMERGENZA										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
Descrizione del processo	SPERIMENTAZIONI CLINICHE														
INPUT	D'UFFICIO/DI PARTE														
OUTPUT	Dati oggettivi riscontrabili e tracciabili su procedure clinico-assistenziali														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	Sperimentazioni generiche e non rilevanti al fine assistenziale e conforme agli scopi istituzionali dell'Azienda, con pericolo di favorire il proponente la sperimentazione.	assenza di misure trattamento del rischio	no	ALTA SI (limitata discrezionalità dovuta al rispetto di linee guida in materia, indicazioni ministeriali e regolamenti aziendali)	MEDIO SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative)	BASSO (Non valutabile a priori)	NO	ALTO	NON QUANTIFICABILE A PRIORI	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M06, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO CUORE E VASI														
Descrizione del processo	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI LIBERO - PROFESSIONALI IN REGIME DI ALPI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	SVOLGIMENTO DELL'ALPI IN ORARIO DI SERVIZIO E RICORSO ALL'ALPI ALTERATO RISPETTO ALL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE	assenza di misure trattamento del rischio	NO	MEDIA - LIMITATA DALLA GESTIONE INFORMATIZATA DELLE AGENDE	SI - MEDIA	NON QUANTIZZABILE	SI - MEDIO NELL'AMBITO DELLA ORGANIZZAZIONE	NON QUANTIZZABILE	NO	MEDIO	non quantificabile	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M06, M09, M10, M12	MEDIO	Capodipartimento/Direttore UOC/Dirigente UO/UOSD
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO CUORE E VASI														
Descrizione del processo	LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RELATIVA ALLA MISSION ASSISTENZIALE DELLE UOC														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	ALTERAZIONE DEL REGOLARE SCORRIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA	assenza di misure trattamento del rischio	NO	LIMITATA DALLA GESTIONE INFORMATIZATA DELLE AGENDE	SI - ALTA	NON QUANTIZZABILE	SI - ALTO	NON QUANTIZZABILE	NO	MEDIO	non quantificabile	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M06, M07, M09, M10, M12	MEDIO	Capodipartimento/Direttore UOC/Dirigente UO/UOSD
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO CUORE E VASI														
Descrizione del processo	GARE PRESID MEDICI E FARMACI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	TEMPESTIVA FORNITURA BENI SANITARI E RISPETTO CODICE APPALTI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person.	Valore economico/Grado effic. Ragg. Sulla base del	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	RICORSO ECCESSIVO A PROROGHE DI GARE E BENI INFUNGIBILI	assenza di misure trattamento del rischio	NO	CONDIZIONATA DAL CODICE APPALTI	ALTA - ALTERAZIONE CONCORRENZA NEL MERCATO	PROPORZIONALE AL CONSUMO DI BENI INFUNGIBILI	ALTO PER L'IMPATTO SULLA PERFORMANCE E L'INCIDENZA SUL BUDGET	PROPORZIONALE AL CONSUMO DI BENI INFUNGIBILI	NO	MEDIO	ALTO	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M08, M09, M10, M11, M12	ALTO	Capodipartimento/Direttore UOC/Dirigente UO/UOSD
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO CUORE E VASI														
Descrizione del processo	ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA RILEVAZIONE DEL DECESSO														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico/Grado effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	ALTRAZIONE DEI DATI CLINICI NELLA CARTELLA	assenza di misure trattamento del rischio	NO	LIMITATA DALLA GESTIONE INFORMATIZZATA DELLE CARTELLE	MEDIA PER IPATTO SULLE STATISTICHE DEMOGRAFICHE	NON QUANTIZZABILE	NON RILEVABILE	NON QUANTIZZABILE	NO	BASSO	non quantificabile a priori	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	BASSO	Capodipartimento/Direttore UOC/Dirigente UO/UOSD
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												

		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO											
--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO CUORE E VASI														
Descrizione del processo		INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT		D'UFFICIO														
OUTPUT		GARANZIA DELLA CORRETTA VALUTAZIONE DEI CURRICULUM E DELLE COMPETENZE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili	
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimen to e dati pubblicati				
5	ATTRIBUZIONE INCARICHI SVINCOLATA DALLE COMPETENZE SPECIFICHE	assenza di misure trattamento del rischio	NO	ALTO - LEGATO ALL'ASPETTO DELLA VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELLE PROFESSIONALITA'	ALTA PER IMPATTO SULLA QUALITA' DEL SERVIZIO	MEDIO E CORRELATO ALLA TIPOLOGIA DELL'INCARICO	ALTO MA RELATIVO ALLA TIPOLOGIA DELL'INCARICO	MEDIO E CORRELATO ALLA TIPOLOGIA DELL'INCARICO	NO	ALTO	ALTO	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M09, M10, M12	ALTO	Capodipartimento/Direttore UOC	
		manca di trasparenza	NO													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO													
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO													
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO													
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO													
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO													
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO															

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO CUORE E VASI														
Descrizione del processo		SPERIMENTAZIONI CLINICHE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT		DI PARTE E D'UFFICIO														
OUTPUT		APPROPRIATA INDIVIDUAZIONE E VALUTAZIONE DEI DISPOSITIVI E CORRETTA APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI SCIENTIFICI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili	
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimen to e dati pubblicati				
		assenza di misure trattamento del rischio	NO	ALTA - LEGATA ALLA	MEDIO E CORRELATO											
		manca di trasparenza	NO													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO													

6	UTILIZZO INAPPROPRIATO DEI DISPOSITIVI SOGGETTI A SPERIMENTAZIONE	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO	SCELTA DELL'OPERAT ORE/ SPERIMENTAT ORE	O ALLA POTENZIA LE ALTERAZI ONE DEL MERCATO	MEDIO E VARIABILE	BASSO	MEDIO E VARIABIL E	NO	MEDIO	non quantifica bile a priori	MEDIO	M04, M05, M06, M07, M10, M12	MEDIO	mento/Dire ttore UOC/Dirige nte UO/UOSD
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO												

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO MEDICO													
processo		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE													
INPUT		Ufficio													
OUTPUT		monitoraggio ALPI													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE (ALTO, MEDIO, BASSO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	svolgimento dell'ALPI nell'orario di servizio; dirottamento dei pazienti dalle liste di attesa istituzionali; violazione quantitativa del numero di prestazioni autorizzate; assenza di analisi comparate tra volume visite istituzionali e attività ALPI	assenza di misure trattamento del rischio	No	si (anche se esiste regolamento ALPI)	si (impatto su immagine aziendale)	si/no (secondo il tipo di prestazione)	no (attuazione autonoma del dirigente medico)	si (secondo l'introito aziendale)	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M04, M06, M09, M10	MEDIO	CAPODIPARTIMENTO/DIRETTORE UOC/UO
		mancanza di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	SI												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	si												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO MEDICO													
Descrizione del processo		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI													
INPUT		Ufficio													
OUTPUT		corretta gestione liste di attesa													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE (ALTO, MEDIO, BASSO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	alterazione delle liste di attesa per interessi privati (intra moenia, ecc)	assenza di misure trattamento del rischio	SI	si (secondo modalità prenotazioni)	si (immagine aziendale)	no	si (impatto sullo svolgimento delle prestazioni sanitarie)	no	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M03, M09, M10, M11	BASSO	CAPODIPARTIMENTO/DIRETTORE UOC/UO
		mancanza di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	SI												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO														
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	SI														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO MEDICO														
Descrizione del processo	GARE PRESIDI MEDICI E FARMACI														
INPUT	ufficio														
OUTPUT	corretto svolgimento gare														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE (ALTO, MEDIO, BASSO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	definizione quantitativa non corrispondete ai fabbisogni - formulazione e attribuzione dei punteggi per favorire determinati operatori economici - violazione delle norme del conflitto di interesse	assenza di misure trattamento del rischio	no	no (codice appalti)	si (impatto negativo in caso di forniture ritardate, azioni giudiziarie e per l'immagine e anche dell'azienda)	si (variabile)	si (tempistica forniture, innovazione, budget)	si (danno economico per acquisti a costo maggiore, costo in ore di lavoro del personale per gare)	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M09, M10, M12	ALTO	CAPODIPARTIMENTO/DIRETTORE UOC/UO
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	SI												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	si												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO MEDICO														
Descrizione del processo	ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO														
INPUT	UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE ATTIVITÀ POST DECESSO INTRA-OSPEDALIERO														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE (ALTO, MEDIO, BASSO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	gestione poco trasparente dell'assegnazione dei servizi di onoranze funebri a determinate imprese	assenza di misure trattamento del rischio	NO	no	si (immagine e azienda)	si (dipende dal tipo di alterazione)	no	si (per azioni risarcitorie)	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M09, M10	BASSO	CAPODIPARTIMENTO/DIRETTORE UOC/UO
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	SI												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	SI												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	SI														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO MEDICO														
Descrizione del processo	INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)														
INPUT	INDIVIDUALE														
OUTPUT	ATTRIBUZIONE INCARICHI IN SEGUITO A VALUTAZIONE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE (ALTO, MEDIO, BASSO)	Responsabilità
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentrat. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
5	alterata formulazione delle graduatorie per criteri di valutazione non ufficiali	assenza di misure trattamento del rischio	SI	si (possibilità di decisioni individuali per gli stessi parametri)	si (attività delle strutture, immagine aziendale)	si (dipende dalla tipologia di incarico)	si (funzionamento Dipartimento, UOC)	si (incremento costi per proposte incongrue)	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M09, M10, M12	MEDIO	CAPODIPARTIMENTO/DIRETTORE UOC/UO
		manca di trasparenza	SI												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	SI												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	SI														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO MEDICO														
Descrizione del processo	SPERIMENTAZIONI CLINICHE														
INPUT	INDIVIDUALE/UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE SPERIMENTAZIONI CLINICHE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE (ALTO, MEDIO, BASSO)	Responsabilità
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentrat. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	condizionamento da parte degli sponsor - manipolazione dei dati - benefit individuale o per la propria équipe	assenza di misure trattamento del rischio	No	no (se ci si attiene alla regolamentazione nazionale ed europea Good Clinical Practice)	si (ricaduta positiva su immagine aziendale)	si/no	si (uso di farmaci innovativi)	si (risparmi su spesa farmaceutica per utilizzo farmaci, apparecchiature)	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M09, M10	MEDIO	CAPODIPARTIMENTO/DIRETTORE UOC/UO
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	SI												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	SI												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA														
Descrizione del processo	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	d' ufficio														
OUTPUT	corretto monitoraggio attività libero-professionale														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	non corretta gestione delle liste di attesa	assenza di misure trattamento del rischio	no	vincolata dai sistemi informatici aziendali	si, in quanto riguarda soggetti esterni	no, in quanto non definibile a priori	si, in ambito dipartimentale e aziendale	si, in quanto connesso al mancato introito aziendale	SI/NO	SI/NO	Valutazione in base al numero dei reclami degli utenti	SI/NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10	Alto	Il Capo Dipartimento
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA														
Descrizione del processo	LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	d' ufficio														
OUTPUT	corretto monitoraggio liste di attesa per ricoveri ordinari, day hospital e visite ambulatoriali														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	non corretta gestione delle liste di attesa	assenza di misure trattamento del rischio	no	vincolata dai sistemi informatici aziendali	si, in quanto riguarda soggetti esterni	no, in quanto non definibile a priori	si, in ambito dipartimentale e aziendale	si, in quanto connesso al mancato introito aziendale	SI/NO	SI/NO	Valutazione in base al numero dei reclami degli utenti	SI/NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10	Alto	Il Capo Dipartimento
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA														
------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione del processo		GARE PRESIDI MEDICI E FARMACI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		d'ufficio													
OUTPUT		tempestivo e corretto svolgimento procedure di gara													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	predisposizione capitolati e dichiarazione di infungibilità	assenza di misure trattamento del rischio	no	corretta osservanza del codice degli appalti	si, per garantire il corretto svolgimento del mercato	si	si, ricadute su aspetti di innovazione e su budget economico	si, variabile in funzione delle procedure	SI/NO	SI/NO	Valutazione in base al numero dei reclami degli utenti	SI/NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M12	ALTO	Il Capo Dipartimento
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO													
INPUT		di parte													
OUTPUT		corretta diaria cartella clinica													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	alterazione atti cartella clinica	assenza di misure trattamento del rischio	no	vincolato a gestione informatizzata cartella clinica	si, per diffusione di notizie giornalistiche e tramite social network	si, non quantificabile	si, rilevanza interna ed esterna	non immediatamente quantizzabile	SI/NO	SI/NO	Valutazione in base al numero dei reclami degli utenti	SI/NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10	ALTO	Il Capo Dipartimento
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA												
------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione del processo		INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		di parte													
OUTPUT		attribuzione di incarico a seguito di adeguata valutazione comparativa													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person.	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
5	non corretta attribuzione di incarico professionale	assenza di misure trattamento del rischio	no	attività parzialmente vincolata da norme e regolamenti aziendali	interna	connesso all'incarico	alterazione del modello organizzativo	connesso al valore dell'incarico	SI/NO	SI/NO	Valutazione in base al numero dei reclami degli utenti	SI/NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10	ALTO	Il Capo Dipartimento
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		SPERIMENTAZIONI CLINICHE													
INPUT		d'ufficio/di parte													
OUTPUT		corretta attivazione e gestione													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	non corretta gestione dei dati	assenza di misure trattamento del rischio	no	parzialmente vincolato alla gestione del protocollo	no	dipendente dalla tipologia di sperimentazione	no	non quantizzabili	SI/NO	SI/NO	Valutazione in base al numero dei reclami degli utenti	SI/NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10	ALTO	Il Capo Dipartimento
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO													
Descrizione del processo		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE													
INPUT		Ufficio													
OUTPUT		Corretto monitoraggio attività libero-professionale													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoGrado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	Alterazione liste di attesa. Mancata prenotazione paziente, violazione volumi attività autorizzata, svolgimento dell'attività in orario di servizio (se attività intramuraria), se in regime extramoenia inserimento in lista di attesa pazienti senza la richiesta del MMG, attività extramoenia in strutture convenzionate con SSN.	assenza di misure trattamento del rischio	No	No (esistenza regolamento ALPI)	Si (impatto su immagine aziendale)	Si (in relazione al tipo di prestazione)	Si (impatto su liste di attesa)	Si (mancato introito da parte dell'azienda)	0	No	Buona soddisfazione dell'utenza	A cura dell'Azienda	M2,M10	ALTO	Personale, Direttori UOC
		mancanza di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO													
Descrizione del processo		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI													
INPUT		Ufficio													
OUTPUT		Corretta gestione liste di attesa													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a	Valore economicoGrado	Trasparenza del procedimento e dati			
2	La gestione è informatizzata. Si potrebbe chiamare ed effettuare la prestazione ad un paziente anticipandolo rispetto alla sua posizione in lista. Si potrebbe effettuare una prestazione a paziente non inserito in lista di attesa. Si potrebbe ricoverare un paziente facendolo transitare impropriamente attraverso il Pronto Soccorso. In caso di attività libero professionale in extramoenia inserimento in lista di attesa di pazienti senza la richiesta del MMG.	assenza di misure trattamento del rischio	No	No (note aziendali su modalità prenotazione prestazioni)	Si (impatto su immagine aziendale)	No	Si (impatto su corretta gestione delle liste di attesa e dello svolgimento delle prestazioni sanitarie)	No	0	No	Buona soddisfazione dell'utenza	Liste di attesa informatizzate in sistema aziendale	M01, M02, M10	ALTO	Personale, Direttori U.O.C.
		mancanza di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
Descrizione del processo	GARE PRESID MEDICI E FARMACI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	Ufficio										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
OUTPUT	Corretto svolgimento procedure gare										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a	Valore economicoGrado	Trasparenza del procedimento e dati			
3	Predisposizione capitolati. Dichiarazione di infungibilità. Definizione quantitativa e qualitativa di fabbisogni non corrispondenti alle necessità reali. Scarsa motivazione sulle ragioni tecniche che giustificano l'acquisto di un prodotto rispetto ad un altro. Rischio nullo per quanto riguarda la partecipazione dei Direttori di UOC a commissioni in quanto non partecipano a commissioni di gara	assenza di misure trattamento del rischio	No	No (esistenza codice degli appalti, caratteristiche tecniche dei presidi e dell'apparecchiature etc. evidenti)	si (impatto negativo sulle attività sanitarie in caso di ritardo forniture, eventuali azioni giudiziarie, immagine aziendale)	Si (variabile in base alla tipologia di gara)	Si (corretto svolgimento delle gare, tempistica forniture, ricaduta su budget, ricaduta su innovazione)	Si (danno economico per acquisto a costo maggiore)	0	NO	Buona soddisfazione partecipanti	A cura dell'Azienda	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M09	ALTO	Direttori U.O.C.
		mancanza di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
Descrizione del processo	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	Ufficio										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
OUTPUT	Corretta gestione attività post-decesso ospedaliero										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoGrado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	Alterazione atti collegati all'attività ospedaliera	assenza di misure trattamento del rischio	No	No (esiste cartella clinica informatizzata)	Si (immagine aziendale)	Si (variabile in base alla tipologia di alterazione)	No	Si (in caso di eventuali azioni risarcitorie)	0	NO	Buona soddisfazione dell'utenza sulla trasparenza del rapporto	A cura dell'Azienda	M01, M02, M03, M04, M06, M010	ALTO	Personale, Direttori U.O.C.
		mancanza di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO														
Descrizione del processo	INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)														
INPUT	Di parte														
OUTPUT	Attribuzione incarichi in seguito a valutazione comparativa														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
5	Alterazione accesso agli incarichi. Proposta alla Direzione Generale di numero, tipologia e professionista incarichi anche se la decisione finale è della Direzione Generale.	assenza di misure trattamento del rischio	No	Si (possibilità di decisione)	Si (funzionamento delle strutture e immagine aziendale)	Si (variabile in base alla tipologia di incarico)	Si (impatto sul corretto funzionamento o delle attività di UOC e di Dipartimento)	Si (incremento costi nel caso proposte incongrue)	0	Decisione apicale da parte Direttore U.O.C.	Buona soddisfazione del personale	In rapporto al contratto nazionale e/o motivazioni da parte Direttore U.O.C.	M01, M02, M04, M05	Medio	Direttori UOC, Direttore Dipartimento o per incarichi a valenza dipartimentale
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO														
Descrizione del processo	SPERIMENTAZIONI CLINICHE														
INPUT	di parte/di ufficio														
OUTPUT	Corretta attivazione e gestione sperimentazioni cliniche														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	Inserimento pazienti non eleggibili per la sperimentazione al fine di assicurare un farmaco innovativo e di implementare il finanziamento. Alterazione dati dei risultati per favorire azienda farmaceutica anche se poco rilevante dal punto di vista dei risultati della sperimentazione considerando che tutti i dati sono verificati dai monitor e i risultati verificati a livello centralizzato da parte della CRO.	assenza di misure trattamento del rischio	No	No (esistenza protocollo e regolamentazione europea/nazionale delle Good Clinical Practice)	Si (riduzione della migrazione sanitaria anche extra-regionale per disponibilità "in house" di farmaci innovativi, ricaduta positiva sull'immagine aziendale)	Si (variabile in base alla sperimentazione)	Si (possibilità di trattamento di pazienti con farmaci innovativi)	Si (risparmio su spesa farmaceutica per utilizzo farmaci gratuiti della sperimentazione, finanziamento fondi di ricerca con possibilità borse di studio e acquisto apparecchiature, fondi per incentivazione personale con questa ultima possibilità non più possibile da inizio 2020 per le nuove sperimentazioni per la nuova normativa sui conflitti di interesse)	0	NO	Ottima soddisfazione dell'utenza	Processi trasparenti controllati da Monitor e talora Organi regolatori (AIFA)	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M010	Medio	Personale, Direttori U.O.C.
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI														
Descrizione del processo	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	Corretta gestione dell'attività libero-professionale intramoenia														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimen to e dati pubblicati			
1	Poco accorta analisi delle richieste di attività libero-professionale che potrebbe causare disservizi all'attività aziendale e conflitti di interesse con le attività istituzionali	assenza di misure trattamento del rischio	NO	MEDIO SI (attenta valutazione e delle istanze dei sanitari e della loro tipologia)	MEDIO SI (può influire sulle liste di attesa e sull'affidabilità dell'Azienda)	MEDIO SI (non valutabile a priori)	MEDIO SI (può influire sulla corretta programmazione delle attività aziendali)	MEDIO SI (sul Budget aziendale)	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	SI												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI														
Descrizione del processo	LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	Corretta gestione e cronologia delle prestazioni sanitarie richieste														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimen to e dati pubblicati			
2	MANCATO RISPETTO DELL'ORDINE DI PRENOTAZIONE E NON CORRETTA GESTIONE	assenza di misure trattamento del rischio	NO	BASSO NO (vincolato dal rispetto di norme di legge e procedure informatiche)	MEDIO SI (ritardo nell'erogazione delle prestazioni sanitarie)	BASSO NO (valore economico non quantificabile preventivamente)	BASSO SI (Si può ripercuote sulla erogazione e programmazione delle prestazioni)	MEDIO SI (importo economico non quantificabile a priori)	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI														
Descrizione del processo	GARE PRESIDI MEDICI E FARMACI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE DEGLI ACQUISTI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	RICORSO A PROROGHE DEI CONTRATTI DI FORNITURA, MANCATA ANALISI DEL MERCATO E POCO ACCORTA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI FARMACI INFUNGIBILI	assenza di misure trattamento del rischio	NO	BASSO NO (vincolato dal rispetto di norme di legge e procedure informatiche)	MEDIO SI (ritardo nell'erogazione delle prestazioni sanitarie)	BASSO NO (valore economico non quantificabile preventivamente)	BASSO SI (Si può ripercuote sul Budget)	MEDIO SI (importo economico non quantificabile a priori)	BASSO	ALTO	ALTO non valutabile a priori	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	SI												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI														
Descrizione del processo	ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE E COMPILAZIONE PUNTUALE DELLE CARTELLE CLINICHE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	POCO ACCORTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA E/O ALTERAZIONE DEI DATI	assenza di misure trattamento del rischio	NO	BASSA SI (manipolazione dati e/o indicazioni)	BASSA SI (immagine azienda)	MEDIO SI (dipende dal tipo di alterazione)	NO BASSO	MEDIO SI (per eventuali successive azioni risarcitorie)	BASSO	BASSO	ALTO non valutabile a priori	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO SI	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	SI												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		D'UFFICIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
OUTPUT		CORRETTA VALUTAZIONE DEI CURRICULA E CORRISPONDENZA ALLE ESIGENZE AZIENDALI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a	Grado accentr. Proc.	Valore economico Grado	Trasparenza del procedimen			
5	MANCATA E/O ERRATA VALUTAZIONE DEI TITOLI PROFESSIONALI DEI CANDIDATI E MANIPOLAZIONE DELLA GRADUATORIA	assenza di misure trattamento del rischio	NO	ALTA SI (possibilità di valutazioni individuali differenti in presenza di requisiti analoghi)	ALTA SI (attività delle strutture, immagine aziendale)	MEDIO SI (dipende dalla tipologia di incarico)	MEDIO SI (funzionamento Dipartimento, UOC)	MEDIO SI (incremento costi a causa di valutazioni incongrue)	BASSO	ALTO	MEDIO non valutabile a priori	ALTO (valutazione vincolata da dati oggettivi, da norme e regolamenti)	M01, M02, M03, M04, M05, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	SI												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		SPERIMENTAZIONI CLINICHE							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		D'UFFICIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
OUTPUT		CORRETTA E DOCUMENTATA GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE CON ATTENTA ANALISI DEI RISULTATI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimen to e dati pubblicati			
6	Favorire un produttore in danno di altri, alterazioni dei dati risultanti dalla sperimentazione, percepire benefit da sponsor	assenza di misure trattamento del rischio	NO	BASSA NO (se ci si attiene alla regolamentazione nazionale ed europea Good Clinical Practice)	MEDIO SI (ricaduta su immagine aziendale)	MEDIO SI (utilizzo di terapie innovative con riduzioni e dei costi assistenziali)	ALTO SI (uso di farmaci innovativi)	ALTO SI (risparmi su spesa farmaceutica per utilizzo di nuovi farmaci ed apparecchiature innovative)	BASSO	ALTO	MEDIO non valutabile a priori	MEDIA (rotazione del personale ove possibile)	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD
		mancanza di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Responsabile		DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE													
processo		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE					NUOVI INDICATORI OTT. 2020								
INPUT		di parte													
OUTPUT		trasparente e corretto monitoraggio delle attività libero professionale													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	INDICATORI					(key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrizione del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	Svolgimento dell'attività libero professionale durante l'orario di servizio istituzionale	assenza di misure trattamento del rischio	NO	NO	SI	In base al numero a consuntivo di prestazioni libero-professionali rese	SI	NO	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01 M02 M03 M04 M07 M09 M10 M12	MEDIO	Capodipartimento/ Direttori U.O.C/U.O./SANITARI INTERESSATI
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE														
Descrizione del processo		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI					NUOVI INDICATORI OTT. 2020									
INPUT		Ufficio														
OUTPUT		Corretta gestione liste d'attesa														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	INDICATORI					(key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili	
				descrizione del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati				
2	Mancato rispetto liste d'attesa al fine di favorire utenti nella fruizione di assistenza e/o procedure	assenza di misure trattamento del rischio	NO	NO	SI	poco quantizzabile e comunque a consuntivo	SI	NO	NO	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIA	M01, M02, M03, M04, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIA	Capodipartimento/ Direttori U.O.C./Dirigenti U.O.
		manca di trasparenza	NO													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO													
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO													
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO													
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO													
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO													
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO															

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo	GARE PRESID MEDICI E FARMACI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT	Ufficio																
OUTPUT	Evitare il ricorso alle proroghe e corretto svolgimento delle gare																
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	INDICATORI					(key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili		
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a	Valore economico Grado Ragg. Sulla base	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati					
3	Mancata applicazione del codice d'appalto	assenza di misure trattamento del rischio	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIA	M01, M02, M03, M04, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	Capodipartimento/ Direttori U.O.C./Dirigenti U.O.
		mancanza di trasparenza	NO														
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO														
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO														
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO														
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO														
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO														
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO																

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT	Ufficio																
OUTPUT	Tracciabilità delle attività ospedaliere																
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	INDICATORI					(key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili		
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati					
4	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di utili; Segnalazione ai parenti di una specifica impresa di onoranze funebri; Richiesta/accettazione di regali o denaro per l'espletamento delle proprie funzioni (es. vestizione della salma da parte dell'operatore)	assenza di misure trattamento del rischio	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	MEDIO	BASSO	MEDIA	M01, M02, M03, M04, M06, M09, M10	MEDIO	Capodipartimento/ Direttori U.O.C./Dirigenti U.O.
		mancanza di trasparenza	NO														
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO														
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO														
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO														
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO														
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO														
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO																

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
processo	INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	UFFICIO/CCNL														
OUTPUT	Corretta attribuzione incarichi														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	INDICATORI					(key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in	Valore economico Grado Ragg. eff. Ragg.	Trasparenza del procedimento e dati			
5	Alterazione dei conferimenti	assenza di misure trattamento del rischio	NO	NO Limitata da norme, regolamenti e CV dei professionisti	SI	SI non quantizzabile	SI sull'UO	SI relativo al valore economico dell'incarico	NO	ALTO	MEDIO	MEDIA	M01 M02 M03 M04 M06 M09 M10	MEDIO	Capodipartimento/ Direttori U.O.C./Dirigenti U.O.
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Responsabile	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
processo	SPERIMENTAZIONI CLINICHE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	Ufficio/Di parte														
OUTPUT	Corretta applicazione delle regole														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	INDICATORI					(key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	Alterazione dei risultati	assenza di misure trattamento del rischio	NO	No Limitato da protocolli, regolamenti e norme e previo parere favorevole del Comitato Etico	SI Immaginazione dell'Azienda	SI non quantizzabile o solo in via approssimativa	SI rilevante per le UO coinvolte	SI non quantizzabile	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIA	M01 M02 M03 M04 M06 M09 M10 M11 M12	MEDIO	Capodipartimento/ Direttori U.O.C./Dirigenti U.O.
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO TESTA-COLLO														
Descrizione del processo	LISTE DI ATTESA PER VISITE AMBULATORIALI O PRESTAZIONI AMBULATORIALI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	di parte/d'ufficio														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE LISTE DI ATTESA RISPETTANDO IL CRITERIO CRONOLOGICO E DELLA PRIORITÀ CLINICA														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	gestione personalistica liste di attesa per visita specialistica; mancato rispetto criterio cronologico	assenza di misure trattamento del rischio	NO	medio/bassa (l'esistenza di procedure e la gestione informatica delle prenotazioni tramite CUP limita la possibilità di manipolazioni)	medio-alta	medio	medio	basso	NO	MEDIO	NON DETERMINABILE	MEDIO/BASSA	M01, M02, M03, M04, M05, M08, M09, M11	MEDIO/BASSO	Direttore dipartimenti, direttori UOC e UOSD, Direzione Sanitaria
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	SI												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO TESTA-COLLO														
Descrizione del processo	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	di parte/d'ufficio														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE DELL'INTRAMOEIA GARANTENDO LA LIBERA SCELTA DEL CITTADINO IN PRESENZA DI OFFERTA ADEGUATA IN REGIME ISTITUZIONALE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	Ricorso da parte dell'utente alla attività libero-professionale per insufficiente o inadeguata offerta in regime istituzionale; saturazione "forzata" liste di attesa	assenza di misure trattamento del rischio	no	media (i controlli sulle liste di attesa prevengono in parte la possibilità di	Medio/alta	medio	medio/Alto (l'allungamento delle liste di attesa causa problemi organizzativi)	medio/Alto	no	medio	medio	media	M01, M02, M03, M04, M05, M08, M09, M11	medio	Direttore dipartimenti, direttori UOC e UOSD, Direzione Sanitaria
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	si												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO TESTA-COLLO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
Descrizione del processo	LISTA DI ATTESA PER RICOVERI E PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	di parte/d'ufficio														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE DEI CRITERI DI RICOVERO IN OSSEQUIO AL CRITERIO CRONOLOGICO E DELLA PRIORITÀ CLINICA														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZI O SINTETICI (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Anicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	gestione personalistica liste di attesa, mancato rispetto criterio cronologico e priorità cliniche	assenza di misure trattamento del rischio	NO	MEDIA (la necessità di ottemperare ad un criterio clinico e non meramente cronologico comporta una discrezionalità)	SI	medio	MEDIO-ALTO (la gestione non corretta delle liste non consente l'ottimizzazione delle risorse)	MEDIO (legato alla mancata ottimizzazione delle risorse)	no	medio (controllo a più livelli)	non determinabile	media	M01, M02, M03, M04, M05, M08, M09, M11	MEDIO	Direttore dipartimenti, direttori UOC e UOSD, Direzione Sanitaria
		mancanza di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	SI												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile	DIPARTIMENTO TESTA-COLLO										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
Descrizione del processo	GARE ED ACQUISTI PER PRESIDII MEDICI E STRUMENTARI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	di parte/d'ufficio														
OUTPUT	CORRETTO ESPLETAMENTO DELLE PROCEDURE DI ACQUISIZIONE DI MATERIALI E PRESIDII														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZI O SINTETICI (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	gestione personalistica delle procedure finalizzate all'acquisizione di materiali di consumo e beni; mancato rispetto delle norme sugli appalti	assenza di misure trattamento del rischio	NO	MEDIA (necessità di fornire all'operatore materiale adeguato anche alla esperienza personale ed alle competenze specifiche)	ALTA	MEDIO-ALTA (in base all'oggetto della gara)	MEDIO-ALTO	MEDIO-ALTO	NO	MEDIO	MEDIO/ALTO	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M07, M08, M09, M10, M11	ALTO	Direttore dipartimenti, direttori UOC e UOSD, Direzione Sanitaria, Economato e Farmacia
		mancanza di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO TESTA-COLLO													
Descrizione del processo		INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)					NUOVI INDICATORI OTT. 2020								
INPUT		di parte/d'ufficio													
OUTPUT		CONFERIMENTO INCARICHI PROFESSIONALI SULLA SCORTA DELLA COMPETENZA ED EXPERTISE													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili	
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			Misure di prevenzione da introdurre
5	arbitraria interpretazione dei curricula, discrezionalità nella valutazione dei titoli e redazione graduatorie	assenza di misure trattamento del rischio	NO	BASSO (limitata discrezionalità in sede valutativa pur negli ambiti normativi)	MEDIA	BASSO	MEDIO	BASSO	NO	BASSO	BASSO	ALTO	M01, M02, M03, M04, M05, M09, M10	MEDIO	Direttore dipartimenti, direttori UOC e UOSD, Direzione Sanitaria
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile															
UOC AFFARI GENERALI: Direttore Dr.ssa Raffaella Genzale															
Descrizione del processo															
CONVENZIONI CON SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI/ASSOCIAZIONI/ORGANIZZAZIONI ETC															
INPUT															
DI PARTE/D'UFFICIO SU RICHIESTA DELLE VARIE UU.OO. AZIENDALI															
OUTPUT															
GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA , MIGLIORAMENTO ED AMPLIAMENTO DELL'ASSISTENZA															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori				Impatto economico	INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo		N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person.	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado soddisf. utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	POCA TRASPARENZA IN ORDINE ALLA SCELTA DELLA CONTROPARTE - INADEGUATA ANALISI IN ORDINE ALLA CONVENIENZA ECONOMICA ED ALL'OPPORTUNITA' PER L'AORN	assenza di misure trattamento del rischio	SI	parzialmente vincolato da norme di legge e regolamentari e CCNL ed esigenze aziendali	il processo ha come destinatari soggetti esterni e unità operative interne all'AORN	attribuisce benefici economici sia all'AORN che a soggetti esterni	il processo coinvolge l'UOC Affari Generali, le Direzioni Aziendali ed altre Unità Operative	nessun impatto economico	0	Medio	Medio	Medio	acquisizione del parere preventivo favorevole della direzione Generale e/o e/o Sanitaria e/o Amministrativa e/o delle Strutture Aziendali interessate alla convenzione M01,M02, M03,M04	Medio	Dr.ssa Raffaella Genzale
		manca di trasparenza	NO												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	NO												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI												
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO														

Struttura Responsabile															
UOC AFFARI GENERALI: Direttore Dr.ssa Raffaella Genzale															
Descrizione del processo															
GESTIONE PROTOCOLLO GENERALE INFORMATIZZATO,DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI															
INPUT															
DI PARTE/D'UFFICIO															
OUTPUT															
REGOLARE FLUSSO DOCUMENTALE IN ENTRATA E IN USCITA															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori				Impatto economico	basso				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo		N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado soddisf. utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	ALTERAZIONE ORDINE CRONOLOGICO FLUSSI DOCUMENTALI IN ENTRATA ED IN USCITA	assenza di misure trattamento del rischio	no	parzialmente vincolato da norme di legge e regolamentari e CCNL ed esigenze aziendali	il processo ha come destinatari soggetti esterni e strutture interne all'AORN	il processo non attribuisce alcun valore economico	il processo riguarda tutte le strutture aziendali abilitate all'utilizzo del protocollo	nessun impatto economico	0	Medio	Medio	Medio	osservanza del nuovo manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi di cui alla Deliberazione n. 580 del 18.06.2020 M01,M02, M03	Basso	Sig.ra Maria Teresa Iuliano
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile															
UOC AFFARI GENERALI: Direttore Dr.ssa Raffaella Genzale															
Descrizione del processo															
PUBBLICAZIONE DELIBERAZIONI DIRETTORE GENERALE E DETERMINE DIRIGENZIALI IN ALBO PRETORIO															
INPUT															
TUTTE LE UU.OO.CC. ABILITATE ALLA PREDISPOSIZIONE DI DELIBERE E DETERMINE															
OUTPUT															
TRASPARENZA SULL'OPERATO E SUI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DALL'ENTE															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)				Impatto economico	INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo		N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	PROCEDURA NON COMPLETAMENTE INFORMATIZZATA DI GESTIONE, PUBBLICAZIONE, ARCHIVIAZIONE DI ATTI DELIBERATIVI E DETERMINE.	assenza di misure trattamento del rischio	si	parzialmente vincolato da norme di legge e regolamentari	il processo ha come destinatari soggetti esterni e strutture interne all'AORN	il processo non attribuisce alcun valore economico	il processo coinvolge l'UOC Affari Generali, ed altre strutture aziendali	nessun impatto economico	0	Medio	Medio	Medio	PROCEDURE INFORMATICHE DI GESTIONE, PUBBLICAZIONE, ESECUTIVITA' ARCHIVIAZIONE DI ATTI DELIBERATIVI. IN CORSO DI IMPLEMENTAZIONE +M01,M02.M03	Basso	Dr.ssa Brunella Russo
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

SCHEDE RISCHIO CORRUZIONE AFFARI LEGALI

Area di rischio	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore Avv. Lydia D'Amore														
Descrizione del processo	AFFIDAMENTO INCARICHI A LEGALI ESTERNI														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	DIFESA DELL'AZIENDA IN GIUDIZIO														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipendente	Grado accentramento processo decisionale in capo alla persona apicale	Valore economico grado efficienza sulla base grado soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	SCELTA DI PROFESSIONISTI SENZA PREVENTIVA VALUTAZIONE DEI REQUISITI DI PROFESSIONALITA' SPECIFICA E DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE E/O DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'	assenza di misure trattamento del rischio	No	Parzialmente vincolato. Si attinge dalla Short List aziendale nel rispetto dalle linee guida ANAC n. 12/2018	Il processo ha come destinatari i professionisti esterni	Vincolato dai parametri di cui al DM 55/14 e succ.mm.ii. e dal regolamento aziendale interno	Il processo coinvolge la UOC Affari Legali e la Direzione Strategica	Correlato al valore del procedimento affidato	Nessuno	L'affidamento degli incarichi viene concordato con la Direzione Strategica	Vincolato al regolamento aziendale e alle tabelle ministeriali	La nomina di avvocati esterni è disposta con delibera, pubblicata sull'albo pretorio e nella sezione "Trasparenza Amministrativa"	M01 - M02 - M03 - M04	BASSO	DIRETTORE UOC
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	Si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Area di rischio	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore Avv. Lydia D'Amore														
Descrizione del processo	PAGAMENTO PARCELLE AVVOCATI INCARICATI														
INPUT	DI PARTE: LEGALE ESTERNO														
OUTPUT	PAGAMENTO DOVUTO A FRONTE DI PRESTAZIONE DI ATTIVITA' PROFESSIONALE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Procedimenti disciplinari / penali dei dipendenti	Grado accentramento processo decisionale in capo alla persona apicale	Valore economico grado efficienza sulla base grado soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	MANCATO RISPETTO ORDINE CRONOLOGICO PAGAMENTO AL FINE DI FAVORIRE ALCUNI AVVOCATI - ATTRIBUZIONE DI COMPETENZE NON DOVUTE O PER ATTIVITA' NON SVOLTE	assenza di misure trattamento del rischio	No	Vincolato dai parametri delle tabelle forensi di cui al DM 55/14 e ss.mm.ii e dal regolamento aziendale interno	Il processo ha come destinatario il professionista esterno	determinato dal valore del singolo procedimento	il processo coinvolge la UOC Affari Legali e il Servizio Economico Finanziario	variabile in relazione al valore del procedimento affidato, nei limiti dei parametri minimi	Nessuno	Determinato dalla sottoscrizione della determina di pagamento	Il processo di pagamento delle parcelle è vincolato alle tabelle ministeriali	Le determinazioni vengono pubblicate omettendo ogni riferimento ai sinistri	M01 - M02 - M03 - M04	BASSO	DIRETTORE UOC
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	Si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Area di rischio	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore Avv. Lydia D'Amore														
Descrizione del processo	RIMBORSO SPESE LEGALI SOSTENUTE DAL DIPENDENTE PER LA DIFESA IN GIUDIZIO PER FATTI AVVENUTI IN SERVIZIO														
INPUT	DI PARTE: DIPENDENTE														
OUTPUT	GARANTIRE IL RISPETTO DELLA NORMATIVA CCNL SANITA' IN MATERIA DI PATROCINIO LEGALE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Procedimenti disciplinari / penali dei dipendenti	Grado accentramento processo decisionale in capo alla persona apicale	Valore economico grado efficienza sulla base grado soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	ALTERAZIONE DELL'ORDINE CRONOLOGICO DEL RIMBORSO DELLE SPESE LEGALI AL FINE DI FAVORIRE ALCUNI DIPENDENTI OVVERO DI ATTRIBUIRE COMPETENZE NON DOVUTE E/O NON DOCUMENTATE	assenza di misure trattamento del rischio	No	Vincolato alla verifica di conformità ai parametri delle tabelle forensi di cui al DM 55/14 e ss.mm.ii e al regolamento aziendale interno	destinatario è il dipendente avente diritto al rimborso	determinato in base ai minimi tariffari e all'attività svolta	il processo coinvolge la UOC Affari Legali e il Servizio Economico Finanziario	variabile in base ai giudizi conclusi favorevolmente per il dipendente	Nessuno	Determinato dalla sottoscrizione della determina di pagamento	Il processo di rimborso delle spese legali ai dipendenti è sottoposto a rigide regole. Il grado di soddisfazione dipende dall'esito della richiesta	Le determine vengono pubblicate omettendo i dati personali dei dipendenti destinatari dei rimborsi	M01 - M02 - M03 - M04	BASSO	DIRETTORE UOC
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Area di rischio	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore														
Descrizione del processo	TRANSAZIONI														
INPUT	DI PARTE E/O D'UFFICIO														
OUTPUT	MINORE AGGRAVIO POSSIBILE DI SPESA PER L'AZIENDA SANITARIA														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Procedimenti disciplinari / penali dei dipendenti	Grado accentramento processo decisionale in capo alla persona apicale	Valore economico grado efficienza sulla base grado soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	POSSIBILI ACCORDI COLLUSIVI CON IL DANNEGGIATO O CON LA COMPAGNIA ASSICURATIVA PER CONSEGUIRE VANTAGGI PERSONALI	assenza di misure trattamento del rischio	No	vincolato dalla previsione sfavorevole circa l'esito di una controversia	destinatario è l'altra parte (persona fisica o giuridica) dell'accordo	correlato alla valutazione degli interessi sottesi all'accordo	il processo coinvolge l'UOC Affari Legali / Direzione Strategica / Medicina Legale / Rischio Clinico / Servizio Economico Finanziario	variabile a seconda del valore della transazione	Nessuno	il processo coinvolge l'UOC Affari Legali / Direzione Strategica / Medicina Legale / Rischio Clinico / COVASI	correlato alla valutazione degli interessi sottesi all'accordo	Le delibere sono pubblicate omettendo i riferimenti alle parti del giudizio transatto	M01 - M02 - M03 - M04	MEDIO	DIRETTORE UOC
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Area di rischio	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore Avv. Lydia D'Amore														
Descrizione del processo	GESTIONE DEI SINISTRI IN AUTOASSICURAZIONE E/O IN GESTIONE ASSICURATIVA														
INPUT	SU INIZIATIVA DI PARTE / UO AZIENDALE / D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE DEL CONTENZIOSO ATTIVO E PASSIVO														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Procedimenti disciplinari / penali dei dipendenti	Grado accentramento processo decisionale in capo alla persona apicale	Valore economico grado efficienza sulla base grado soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
5	CONFLITTO D'INTERESSE / CAUSE DI INCOMPATIBILITA' / IMPERIZIA	assenza di misure trattamento del rischio	No	vincolata alla notifica di atti e/o procedimenti giudiziari in danno dell'azienda ovvero alla necessità di agire per la difesa di interessi aziendali	i destinatari sono soggetti (persone fisiche o giuridiche) esterni o dipendenti	variabile alla tipologia di contenzioso	coinvolge la UOC Affari Legali / S.E.F. / G.R.U.	correlato ai sinistri in gestione	Nessuno	Il responsabile dell'ufficio gestisce i sinistri in base all'epoca dei fattidennunciati	variabile in base alla gestione assicurativa	I processi di gestione sono soggetti a riservatezze e pertanto interni all'ufficio	M01 - M02 - M03 - M04 - M10	MEDIO	DIRETTORE UOC
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	Si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

Area di rischio	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore Avv. Lydia D'Amore														
Descrizione del processo	PARERI LEGALI														
INPUT	U.O. RICHIEDENTE														
OUTPUT	SUPPORTO GIURIDICO ALLE ATTIVITA' AZIENDALI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Procedimenti disciplinari / penali dei dipendenti	Grado accentramento processo decisionale in capo alla persona apicale	Valore economico grado efficienza sulla base grado soddisfazione utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	SCELTA DI PROFESSIONISTI SENZA PREVENTIVA VALUTAZIONE DEI REQUISITI DI PROFESSIONALITA' SPECIFICA E DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE E/O DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'	assenza di misure trattamento del rischio	No	Vincolato dalle norme di legge e agli orientamenti giurisprudenziali consolidati	Destinatari sono i servizi interni richiedenti	Rientra nelle linee di attività dell'U.O.C. Affari Legali	Il processo coinvolge le UU.OO. richiedenti e può influire sull'adozione di provvedimenti	Nessuno	nessuno	Il responsabile fornisce parerilegali a tutti i servizi	le richieste sono riscontrate prontamente	trattasi di atti interni all'Azienda	M01 - M02 - M03 - M04 - M10	BASSO	DIRETTORE UOC
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA															
PAGAMENTO DEI FORNITORI															
DI PARTE / DI UFFICIO															
PAGAMENTO DEI FORNITORI IN CONFORMITA' ALLE PRESTAZIONI RESE ED ALLA TEMPSTICA DI LEGGE															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penali a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a person. apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfazione utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
1	PAGAMENTO PREFERENZIALE DEI FORNITORI (I.E.: IN ASSENZA DI PROCESSO AUTORIZZATIVO/LIQUIDAZIONE, IN ASSENZA DI VERIFICHE INADEMPIENZE CONTRIBUTIVE E FISCALI/ CON TEMPSTICA DISCRIMINATORIA)	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI (nel senso delle possibilità elusive di quanto stabilito dalla legge e dai regolamenti aziendali)	SI	SI	SI	NO (potenziale, ma non valutabile a priori)	BASSO	ALTO	ALTO	MEDIO	M01, M02, M03, M10, M11	ALTO	Settore Contabilità Fornitori Direttore SEF
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no												

U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA															
MONITORAGGIO E SOLLECITO DEI CREDITI NON RISCOSSI															
DI UFFICIO															
RISCOSSIONE PUNTUALE E TEMPSTIVA DEI CREDITI AZIENDALI															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penali a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a person. apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfazione utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
2	PRESCRIZIONE/ INESIGIBILITA' DEI CREDITI NON RISCOSSI (I.E.: MANCATA/TARDIVA EMISSIONE DI FATTURE, MANCATA O TARDIVO SOLLECITO DELLE FATTURE SCADUTE)	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI	SI	SI	SI	NO (potenziale, ma non valutabile a priori)	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	M01, M02, M03, M10, M11	MEDIO	Settore Contabilità Clienti Direttore SEF
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no												

U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA															
PAGAMENTO AL PERSONALE DELLE COMPARTICIPAZIONI PER ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALI															
DI UFFICIO															
PAGAMENTO AL PERSONALE DELLE CORRETTE QUOTE DI COMPARTICIPAZIONE STABILITE DAI REGOLAMENTI AZIENDALI															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla,Basso,Medio,Alto,Critico)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penali a dipendenti	grado accentrato processo decisionale in capo a person. apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfazione utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
3	IMPROPRIA CORRESPONSIONE DI QUOTE DI COMPARTICIPAZIONE (I.E.: IMPORTI DI COMPARTICIPAZIONE NON CONGRUI O CORRISPOSTI A FRONTE DI FATTURATO NON RISCOSSO)	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI (nel senso delle possibilità elusive di quanto stabilito dalla legge e dai regolamenti aziendali)	SI	SI	SI	NO (potenziale, ma non valutabile a priori)	BASSO	MEDIO	ALTO	BASSO	M01, M02, M03, M10, M11	MEDIO	Settore Contabilità Paghe-ALPI Direttore SEF
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

responsabile	UOC GESTIONE RISORSE UMANE														
processo	PENSIONI														
INPUT	DI PARTE/D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE DEI DATI CONTRIBUTIVI E E RISPETTO CRONOLOGIA DELLE RICHIESTE														
N° Processo	Esemplificazioni del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/pensionari a dipendenti	grado di accentramento processo decisionale in capo a personale apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfazione utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
1	RICONOSCIMENTO DI BENEFICI NON SPETTANTI	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI (vincolato dal rispetto di norme di legge e regolamentari)	NO (il processo ha come destinatari soggetti dipendenti dell'AORN in genere)	NO (valore economico non quantificabile a priori)	SI (Si ripercuote sulla programmazione del Piano Fabbisogno Personale triennale)	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	NO	BASSO	ALTA	ALTO	M01,M02,M03,M10	MEDIO	Direttore UOC
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura responsabile	UOC GESTIONE RISORSE UMANE														
processo	CONCORSI/MOBILITA'														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA ATTRIBUZIONE PUNTEGGI E VALUTAZIONE TITOLI														
N° Processo	Esemplificazioni del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/pensionari a dipendenti	grado di accentramento processo decisionale in capo a personale apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfazione utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
2	MANCATO RISPETTO DI NORME IN MERITO ALLA VALUTAZIONE CURRICOLARE	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolata da norme di legge, CCNL e regolamenti)	SI (prevalentemente)	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione delle attività aziendali e sulla formulazione e del Piano Triennale di Programmazione del personale))	SI	NO	MEDIO	MEDIO	ALTA	M01,M02,M03,M04,M05,M07,M09	MEDIO	DIRETTORE UOC - DIRIGENTE UFFICIO CONCORSI
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura responsabile	UOC GESTIONE RISORSE UMANE														
Descrizione del processo	STIPENDI/INDENNITA' VARIE														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA CORRESPONSIONE DELLE COMPETENZE SPETTANTI AI DIPENDENTI														
N° Processo	Esemplificazioni del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penalità a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a personale apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfazione utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
3	MANCATO INSERIMENTO DEI DATI GIURIDICI ED ECONOMICI, MANCATA VERIFICA DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DI RETRIBUZIONE AGGIUNTIVA (INDENNITA')	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolata da norme di legge, CCNL e regolamenti)	SI (la non corretta corresponsione di somme non dovute al dipendente incide sul bilancio aziendale)	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione delle attività aziendali)	SI	NO	MEDIO	BASSO	ALTA	M01,M02,M03,M04,M07 M09 M10	MEDIO	DIRETTORE UOC - DIRIGENTE UFFICIO ECONOMICO
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura responsabile	UOC GESTIONE RISORSE UMANE														
Descrizione del processo	RELAZIONI SINDACALI														
INPUT	DI PARTE/D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA FORMULAZIONE DELLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA														
N° Processo	Esemplificazioni del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penalità a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a personale apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfazione utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
4	MANCATO RISPETTO DI NORME LEGISLATIVE E CONTRATTUALI CON RISCHIO DI PRIVILEGIARE LE OO.SS.	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI (non osservanza di norme e disposizioni contrattuali)	NO	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione delle attività aziendali e sui fondi contrattuali)	SI	NO	MEDIO	MEDIO	ALTA	M01,M02,M03,M04,M05 M06 M09	MEDIO	DIRETTORE UOC - DIRIGENTE UFFICIO RELAZIONI SINDACALI
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura responsabile	UOC GESTIONE RISORSE UMANE														
Descrizione del processo	U.P.D. (UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI)														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTA VALUTAZIONE CONTESTAZIONI E RISPETTO TEMPI CHIUSURA PROCEDIMENTI														
N° Processo	Esemplificazioni del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penalità dipendenti	grado accentrato processo decisionale in capo a person. apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfacimento utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati			
5	MANCATO RISPETTO DI NORME LEGISLATIVE, CONTRATTUALI E REGOLAMENTARI	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (rispetto previsioni legislative, CCNL e regolamenti)	NO	NO (non quantificabili a priori)	SI (in caso di sospensione dal servizio può ripercuotersi sull'organizzazione delle attività aziendali)	SI (non valutabile a priori)	2	MEDCIO	MEDIO	ALTA	M01, M02, M03, M04, M06, M07, M09, M10, M11, M12	MEDIO	DIRETTORE UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	CONTRATTI PUBBLICI														
	Descrizione del processo														
	Gare sopra soglia comunitaria, gare sottosoglia, affidamento diretto, nomine: scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici														
	UO richiedente														
UO competente preposta allo svolgimento del procedimento															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nulla,Basso,Medio,Alto,Critico)					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person.	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	Utilizzo improprio delle procedure per affidamenti che richiedono un iter diverso, frazionamento artificioso dei contratti per avvalersi delle acquisizioni in economia con elusione del ricorso a MEPA o CONSIP, possibilità di definire requisiti ad hoc al fine di favorire un determinato fornitore, mancato controllo dei requisiti, uso distorto del criterio dell'OEPV, accordi collusivi tra partecipanti volti a manipolare gli esiti usando il meccanismo del subappalto, ritardo nella stipulazione del contratto per eventuali ed eventuale danno del concorrente vincitore, favorire la nomina di componenti, violazione delle norme sul conflitto di interessi o sulla inconfidenzialità o incompatibilità	assenza di misure trattamento del rischio	No	Alto	alto	alto	alto	Alto	alto	alto	alto	alto	ALTO	M01, M02, M03, M04, M07, M08, M09, M11, M12	Direttore UOC Provveditorato/ Economato
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	CONTRATTI PUBBLICI														
	Descrizione del processo														
	adesioni a contratti o convenzioni, adesioni a convenzioni consip, acquisti su piattaforma mepa di consip														
	UO richiedente														
UO competente preposta allo svolgimento del procedimento															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nulla,Basso,Medio,Alto,Critico)					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	attività che non comporta discrezionalità da parte della area P.E. Il rischio si annida nel frazionamento artificioso di contratti per avvalersi delle acquisizioni in economia con esclusione del ricorso a MEPA o CONSIP	assenza di misure trattamento del rischio	No	Basso	Basso	Basso	Basso	Basso	basso	basso	basso	basso	BASSO	M01, M03, M04, M10	Direttore UOC Provveditorato/Economato
		manca di trasparenza	No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	No												
		Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No														

UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	CONTRATTI PUBBLICI															
	Descrizione del processo															
	gestione magazzino economale, gestione cassa economale, gestione del magazzino, gestione inventario															
	UO richiedente															
	UO competente preposta allo svolgimento del procedimento															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili	
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effc. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati				
3	Il rischio è ravvisabile nella perplessità che si verificano furti interni di beni economici o materiale farmaceutico. Somme riconosciute trimestralmente al funzionario delegato alle spese urgenti e di minore entità per cui il rischio si ravvisa in acquisti non rispettosi delle procedure di legge da soggetti di fiducia. Controllo errato e validazione di beni non conformi. Mancato controllo qualitativo e quantitativo di carico e scarico di beni inesatta predisposizione tabulato giacenze	assenza di misure trattamento del rischio	No	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto		alto	alto	alto	alto	Alto	M01,M03,M04, M10	Direttore UOC Provveditorato/Econ omato
		manca di trasparenza	No													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No													
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No													
		Scarsa responsabilizzazione interna	No													
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No													
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No													
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No															

UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	CONTRATTI PUBBLICI															
	Descrizione del processo															
	contratti scaturiti da gare d'appalto, emissione ordini e liquidazione fatture															
	UO richiedente															
	UO competente preposta allo svolgimento del procedimento															
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori (Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili	
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effc. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati				
4	Attuazione degli effetti della gara. Ritardo nella stipulazione per eventuali danni del concorrente vincitore. L'attività contrasta nella verifica dei requisiti in sede di liquidazione fatture e il rischio si annida nella alterazione di importi e tempistiche.	assenza di misure trattamento del rischio	No	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio		medio	medio	medio	medio	Medio	M01,M02,M03	Direttore UOC Provveditorato/Econ omato
		manca di trasparenza	No													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No													
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No													
		Scarsa responsabilizzazione interna	No													
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No													
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No													
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No															

Area di rischio		U.O.C. TECNICO E PATRIMONIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		AFFIDAMENTO LAVORI IN ECONOMIA E/O D'URGENZA							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		DI UFFICIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
OUTPUT		CORRETTA E TRASPARENTE PROCEDURA DI AFFIDAMENTO DEI LAVORI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	NON CORRETTA PROGRAMMAZIONE DEI LAVORI E RICORSO ALL'AFFIDAMENTO IN ECONOMIA E/O DIRETTO PER MANCATA PREVISIONE-PIANIFICAZIONE DEI LAVORI	assenza di misure trattamento del rischio	no	media SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	alta SI	medio SI	SI medio	medio NO (non quantificabile e a priori)	no	si medio	non definibile	si	M1-M2-M3-M4-M5-M6-M10-M11-M12	MEDO	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio		U.O.C. TECNICO E PATRIMONIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		CONTABILIZZAZIONE DEI LAVORI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		DI UFFICIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
OUTPUT		QUANTIFICAZIONE ANALITICA E PUNTUALE DEI LAVORI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	INDICAZIONE APPROSSIMATIVA O GENERICA DEI LAVORI DA EFFETTUARE E RELATIVA CONTABILIZZAZIONE	assenza di misure trattamento del rischio	no	bassa NO (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	media SI	medio SI	SI medio	medio NO (non quantificabile e a priori)	nessuno	si medio	non definibile	si	M1-M2-M3-M4-M6-M10-M11	medio	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio		U.O.C. TECNICO E PATRIMONIO													
Descrizione del processo		PROGETTAZIONE E VALIDAZIONE DEI PROGETTI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		DI UFFICIO													
OUTPUT		CORRETTA QUALIFICAZIONE E QUANTIFICAZIONE DEI PROGETTI													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	SUPERFICIALE ANALISI DOCUMENTALE DEI PROGETTI E MANCATO RAFFRONTO CON L'OPERA DA REALIZZARE	assenza di misure trattamento del rischio	no	Media SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	media SI	medio SI	SI medio	medio NO (non quantificabile a priori)	no	si medio	non definibile	si	M1-M2-M3-M4-M5-M6-M10-M11-M12	medio	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio		U.O.C. TECNICO E PATRIMONIO													
Descrizione del processo		CONTROLLO SULLA REGOLARE ESECUZIONE DEI CONTRATTI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		DI UFFICIO													
OUTPUT		QUANTIFICAZIONE ANALITICA E PUNTUALE DEI LAVORI													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person.	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	MANCATA E/O APPROSSIMATIVA VERIFICA DELL'OPERA OGGETTO DEL CONTRATTO CON SUPERFICIALE ACCETTAZIONE DELLE VARIANTI E/O INTERVENTI STRAORDINARI	assenza di misure trattamento del rischio	no	alto SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	alta SI	alto SI	SI medio	alto NO (non quantificabile a priori)	no	alto	non definibile a priori	si	M1-M2-M3-M4-M5-M6-M7-M9-M10-M11-M12	alto	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												

		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no											
--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Area di rischio		U.O.C. TECNICO E PATRIMONIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		COLLAUDO ATTREZZATURE SANITARIE							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		DI UFFICIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
OUTPUT		PERFETTA CORRISPONDENZA DEL PRODOTTO AI DATI TECNICI DELL'ATTREZZATURA AGGIUDICATA							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
5	MANCATA VERIFICA IN SEDE DI CONSEGNA E DI COLLAUDO DELLE SPECIFICHE TECNICHE DEGLI ELETTROMEDICALI RICHIESTI DALL'AZIENDA	assenza di misure trattamento del rischio	no	media SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali e dalle indicazioni delle UU.OO. richiedenti)	media SI	medio SI	SI medio	NO (non quantificabile e a priori)	no	alto	non quantificabile	si	M1-M2-M3-M4-M6-M7-M10-M11-M12	medio	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio		U.O.C. TECNICO E PATRIMONIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		PROGRAMMAZIONE ANNUALE /TRIENNALE DEI LAVORI , SERVIZI E FORNITURE							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		DI UFFICIO							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
OUTPUT		CORRETTA PROGRAMMAZIONE E PIANIFICAZIONE DEI LAVORI E DEI SERVIZI DI MANUTENZIONE							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	MANCATA ANALISI DELLA TIPOLOGIA DEI LAVORI E LORO FRAMMENTAZIONE ARTIFICIOSA CON LIEVITAZIONE DEI TEMPI E DEI COSTI	assenza di misure trattamento del rischio	no	media SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	media SI	medio SI	SI medio	medio NO (non quantificabile e a priori)	no	alto	non quantificabile e a priori	si	M1-M2-M3-M4-M5-M6-M10-M11-M12	alto	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no														

struttura responsabile		UOC CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE													
processo		Processo di Negoziazione del Budget							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		d'ufficio													
OUTPUT		Definizione del budget da assegnare alle UU OO													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	L'attività in descrizione afferisce alla fase di programmazione contestuale definizione del budget da assegnare alle strutture, il rischio corruttivo si configura nella possibile individuazione di un budget artificiosamente sottostimato per garantire il raggiungimento del risultato finale, nella logica costi/ricavi.	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (rispetto previsioni legislative, vincoli dettati dagli obiettivi strategici)	NO	si	SI (vincola l'attività delle singole UUOO)	SI (premiabilità legata al raggiungimento del risultato)	nessuno	medio	medio	medio	M1;M2;M3;M4;M5;M6;M9;M10	attività che integra un rischio corruttivo intermedio	direttore UOC
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

struttura responsabile		UOC CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE													
Descrizione del processo		Valutazione del personale							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT		d'ufficio													
OUTPUT		corretta raccolta dati inerenti al personale dipendente													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	Alterazione o impropria gestione dei dati inerenti la valutazione del personale	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (attività svolta dal direttore di struttura quale valutatore di prima istanza)	NO	si (valutazione da cui dipende l'erigazione della premiabilità)	SI	SI (premiabilità legata al raggiungimento del risultato)	nessuno	medio	medio	medio	M1;M2;M3;M4;M5;M6;M9;M10;	attività che integra un rischio corruttivo intermedio	direttore UOC
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														



Area di rischio		UOS URP E COMUNICAZIONE																
processo		Raccolta e distribuzione al pubblico di materiale informativo																
INPUT		D'UFFICIO																
OUTPUT		Corretta e chiara informazione all'utenza																
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI			
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penali a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a personale apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfacimento utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati						
1	Rischio connesso alla non correttezza dell'informazione e alla non corrispondenza all'istanza	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolata da norme di legge, CCNL e regolamenti)	SI (prevalentemente)	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sull'immagine aziendale)	NO (Non quantificabile a priori)	NO	MEDIO	medio	MEDIO	M01,M02,M03,M04,M09,M10,M11	MEDIO				
		manca di trasparenza	no															
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no															
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si															
		Scarsa responsabilizzazione interna	no															
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no															
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no															
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no																	

Area di rischio		UOS URP E COMUNICAZIONE																
Descrizione del processo		Redazione Carta Dei Servizi																
INPUT		D'UFFICIO																
OUTPUT		Corretta e chiara Informazione degli standards aziendali																
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI			
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penali a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a personale apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfacimento utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati						
2	Non corretta gestione di dati e informazioni	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolata da norme di legge, CCNL e regolamenti)	SI (la non corretta o approssimativa corrispondenza dei dati informativi)	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione delle attività aziendali)	NO	NO	MEDIO	MEDIO	ALTO	M01,M02,M03,M04,M09,M10,M11	BASSO				
		manca di trasparenza	no															
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no															
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si															
		Scarsa responsabilizzazione interna	no															
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no															
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no																	

		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no												
--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Area di rischio		UOS URP E COMUNICAZIONE														
processo		Informazioni telefoniche														
INPUT		D'UFFICIO														
OUTPUT		Corrette risposte all'utenza														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI	
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penali a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a person. apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfacimento utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati				
3	Mancata risposta e/non correttezza dell'informazione.	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolata da norme di legge)	SI	NO	SI (si ripercuote sulla immagine e affidabilità aziendale)	no	NO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	M01,M02,M03,M04,M09,M10,M11	MEDIO	Direttore UOC	
		mancanza di trasparenza	no													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si													
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si													
		Scarsa responsabilizzazione interna	no													
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no													
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no													
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no															

Area di rischio		UOS URP E COMUNICAZIONE														
Descrizione del		Raccolta delle segnalazioni di disservizio e reclami degli utenti														
INPUT		Di parte /D'UFFICIO														
OUTPUT		Corretta e trasparente gestione delle istanze														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					Indicatori di rischio (Key Risk Indicators)				MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	RESPONSABILI	
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	n.proc.disciplinari/penali a dipendenti	grado accentramento processo decisionale in capo a person. apicale	grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfacimento utenza esterna	trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati				
4	Il rischio è connesso alla non corretta gestione e conservazione dei dati e delle informazioni	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI (il processo ha come destinatari soggetti in genere esterni)	NO (valore economico non quantificabile a priori)	SI	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	NO	medio	medio	medio	M01,M02,M03,M04,M09,M10,M11	medio	Direttore UOC		
		mancanza di trasparenza	no													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no													
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si													
		Scarsa responsabilizzazione interna	no													
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no													
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no															

Area di rischio		UOC SISTEMI INFORMATIVI														
processo		Definizione specifiche tecniche e acquisiti Hardware														
INPUT		D'UFFICIO														
OUTPUT		ACQUISTI CONFORMI AI REQUISITI E CORRISPONDENTI ALLE ESIGENZE AZIENDALI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALTO, MEDIO, BASSO)	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili	
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati				
1	Il rischio è connesso alla progettazione procedure di affidamento contratti informatici	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolato dal rispetto di norme di legge e regolamentari)	SI	SI	SI (Si ripercuote sulla programmazione delle attività aziendali)	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	no	medio	medio	medio	medio	medio	M1,M02,M04,M05,M09,M10	Direttore UOC SIA
		manca di trasparenza	no													
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si													
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si													
		Scarsa responsabilizzazione interna	no													
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no													
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no													
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e	no															

Area di rischio		UOC SISTEMI INFORMATIVI													
Descrizione del processo		Informatizzazione dei processi Aziendali attraverso la fornitura e l'adeguamento delle tecnologie informatiche													
INPUT		D'UFFICIO													
OUTPUT		ADEGUAMENTO TECNOLOGICO AZIENDALE													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALTO, MEDIO, BASSO)	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	Il rischio è connesso alla scelta delle soluzioni informatiche	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolata da obblighi di legge)	SI	NO (non quantificabile a priori)	SI	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	NO	alto	medio	medio	basso	M01, M02, M03,M07, M09, M10	Direttore UOC SIA
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio		UOC SISTEMI INFORMATIVI												
-----------------	--	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione del processo	Analisi di mercato, studio organizzativo analisi esigenze utente, scelta prodotto														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	ACQUISTO MATERIALE TECNOLOGICO CONFORME ALLE ESIGENZE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALTO, MEDIO, BASSO)	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	Il rischio è connesso alla gestione dati e progettazione	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI	SI	SI	SI (si ripercuote sulla programmazione delle attività aziendali)	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	NO	medio	medio	medio	medio	M01,M02, M03, M04,M06, M07,M09, M10, M12	Direttore UOC SIA
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio	UOC SISTEMI INFORMATIVI														
Descrizione del processo	Coordinamento dei progetti informatici assegnati al Settore														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	ADEGUAMENTO TECNOLOGICO AZIENDALE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALTO, MEDIO, BASSO)	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	Il rischio è connesso alla tempistica di attuazione	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI	SI	SI	SI (si ripercuote sulla programmazione delle attività aziendali)	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	no	alto	medio	medio	medio	M01,M02, M03, M04,M06, M07,M09, M10, M12	Direttore UOC SIA
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio	UOC SISTEMI INFORMATIVI														
-----------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione del processo	Supporto agli utenti Aziendali utilizzatori di procedure														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	SUPPORTO ALLE PROBLEMATICHE DI CARATTERE TECNOLOGICO														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALTO, MEDIO, BASSO)	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili
				descresionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
5	Il rischio è connesso alla gestione dei ticket di assistenza	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO	SI	SI	SI	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	no	medio	medio	medio	medio	M01, M02, M03, M04, M08, M10	Direttore UOC SIA
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio	UOC SISTEMI INFORMATIVI														
Descrizione del processo	Garanzia di continuità di servizio della infrastruttura periferiche e rete														
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	SICUREZZA RISPETTO ALLE MINACCE INFORMATICHE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALTO, MEDIO, BASSO)	MISURE DI PREVENZIONE DA INTRODURRE	Responsabili
				descresionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Grado di effic. Ragg. Sulla base del grado di soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
6	Il rischio è connesso alle minacce informatiche	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO	SI	NO	SI	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	no	medio	medio	medio	medio	M01, M02, M03, M09, M10, M11	Direttore UOC SIA
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura responsabile	UOS ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI CUP-TICKET ED ALPI														
Descrizione del processo	GESTIONE PRENOTAZIONI CUP								NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT	D'UFFICIO														
OUTPUT	CORRETTO RISPETTO DEI TEMPI DELLA CRONOLOGIA DI PRENOTAZIONE														
N° Processo	Esemplificazioni del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisf. utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	MANCATO RISPETTO DELL'ORDINE DI PRENOTAZIONE E/O SUA NON CORRETTA GESTIONE	assenza di misure trattamento del rischio	no	BASSO NO (vincolato dal rispetto di norme di legge e procedure informatiche)	MEDIO SI (ritardo nell'erogazione delle prestazioni e prolungamento delle liste d'attesa)	ALTO NO (valore economico non quantificabile a priori)	MEDIO SI (Si ripercuote sulla erogazione e programmazione delle prestazioni)	MEDIO SI (importo economico non quantificabile a priori)	BASSO NO	ALTO SI	MEDIO	ALTO	M01,M02,M03,M06,M10,M11	MEDIO	Dirigente UO
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura responsabile	UOS ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI CUP-TICKET ED ALPI														
Descrizione del processo	GESTIONE PRENOTAZIONI ALPI								NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	CORRETTA GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI SENZA INTERFERIRE NELLA SCELTA DELL'UTENZA														
N° Processo	Esemplificazioni del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisf. utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	RISCHIO CONNESSO ALLE POSSIBILI MANIPOLAZIONI ED ALTERAZIONI DELLE SCELTE DELL'UTENTE	assenza di misure trattamento del rischio	no	MEDIO SI (in parte vincolato da procedure informatiche aziendali)	MEDIO SI (rischio di trattamenti preferenziali tra i professionisti)	MEDIO (non quantificabile a priori)	MEDIO SI (si ripercuote sulla erogazione e programmazione delle prestazioni e il buon	MEDIO SI (importo economico non quantificabile a priori)	BASSO NO	ALTO SI	MEDIO	ALTO	M01,M02,M03,M04,M06,M09,M10,M11	MEDIO	Dirigente UO
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												

		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no			nome dell'Azienda)								
--	--	--	----	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Struttura responsabile		UOS ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI CUP-TICKET ED ALPI							NUOVI INDICATORI OTT. 2020						
Descrizione del processo		CONTABILIZZAZIONE, RISCOSSIONE E SERVIZIO DI CASSA													
INPUT		D'UFFICIO													
OUTPUT		CORRETTA CONTABILITA'													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	MANCATO INCASSO TICKET, ERRATA INDICAZIONE PRESTAZIONE RICHIESTA ED IMPORTO, MANCATO CONTROLLO ESENZIONE	assenza di misure trattamento del rischio	no	BASSO (vincolata da procedura informatizzata)	BASSO SI (non corretto incasso del ticket)	MEDIO NO (non quantificabile a priori)	BASSO SI (si ripercuote sul budget aziendale e sulla programmazione delle attività)	MEDIO SI (non valutabile a priori)	BASSO NO	ALTO SI	ALTO SI	ALTO SI	M01,M02,M03,M04,M06,M09,M10,M11,M12	MEDIO	Dirigente UO
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO														
Descrizione del processo	SVOLGIMENTO CORSI ESTERNI DA PARTE DEL PERSONALE DIPENDENTE CON ONERI A CARICO DELL'AZIENDA										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	D'UFFICIO (AD INIZIATIVA DEI RESPONSABILI UOC)														
OUTPUT	ACCRESIMENTO PROFESSIONALE E FORMATIVO DEI DIPENDENTI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					(key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	L'attività in descrizione afferisce alla fase di programmazione con contestuale definizione del budget da assegnare alle strutture, il rischio corruttivo si configura nella possibile	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (rispetto previsioni legislative, vincoli dettati dagli obiettivi strategici)	NO	si	SI (vincola l'attività delle singole UUOO)	SI (premierialità legata al raggiungimento del risultato)	0	MEDIO	/////	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M08, M10, M12	MEDIO	Dirigente UO Formazione, Direttore UOC, Direzione Strategica
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO														
processo	DI PARTE										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	AD INIZIATIVA DEI RESPONSABILI UOC														
OUTPUT	ACCRESIMENTO PROFESSIONALE E FORMATIVO DEI DIPENDENTI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					(key risk indicators)				Misur e di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari	assenza di misure trattamento del rischio	no	MEDIO SI (E' parzialmente vincolato dalla legge, da atti amministrativi e regolamenti aziendali)	BASSO NO (il processo ha come destinatari soggetti dipendenti dell'AORN)	ALTO SI (ha rilevanza interna)	MEDIO SI (il processo coinvolge l'organizzazione delle UU.OO. e la funzionalità aziendale)	BASSO NO	0	MEDIO	/////	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M05, M08, M10, M12	MEDIO	Dirigente UO Formazione, Direttore UOC ospitante, Direzione Strategica
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO														
------------------------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Struttura Responsabile	U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO														
processo	Eventi formativi con sponsorizzazioni di ditte con interessi commerciali in campo sanitario										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	Corretta formazione del personale sanitario interessato agliki eventi formativi proposti da terzi-ditte														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					(key risk indicators)				GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili	
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			Misure di prevenzione da introdurre
5	Rischio di conflitto di interesse con il responsabile scientifico o altri; scelta selezione e/o uso di specifici prodotti/presidi sulla base di benefit e sollecitazioni proposte dalle Ditte che sponsorizzano	assenza di misure trattamento del rischio	no	MEDIO SI (regolato da norme legislative e regolamenti)	BASSO NO	BASSO NO	MEDIO SI (convolge più unità operative)	BASSO NO	0	MEDIO	/////	BASSO	M01, M02, M03, M04 M05, M08, M10, M12	MEDIO	Dirigente UO Formazione, Responsabile scientifico, Direttore UOC richiedente
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO														
Descrizione del processo	SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	VERIFICA DEI REQUISITI DEL TIROCINANTE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					(key risk indicators)				GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili	
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			Misure di prevenzione da introdurre
6	Eccessiva discrezionalità nell'ammissione dei tirocinanti	assenza di misure trattamento del rischio	no	BASSO SI (E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi)	ALTO SI (il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni)	BASSO NO	BASSO SI (coinvolge più unità operative)	BASSO NO	0	MEDIO	/////	BASSO	M01, M02, M03, M04 M05, M08, M10, M12	BASSO	Dirigente UO Formazione, Direttore UOC ospitante, Tutor
		manca di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Struttura Responsabile	U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO														
Descrizione del processo	RIMBORSO SPESA										NUOVI INDICATORI OTT. 2020				
INPUT	DI PARTE														
OUTPUT	CORRETTA ATTRIBUZIONE RIMBORSO SPESE														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					(key risk indicators)				GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili	
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economico o Grado effic. Ragg. Sulla base del grado soddisfazione	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			Misure di prevenzione da introdurre
7	Mancata verifica della tipologia e dell'importo dei beni acquistati per l'Azienda dei quali si chiede il rimborso/false attestazioni dei rimborsi	assenza di misure trattamento del rischio	si	BASSO SI (E' parzialmente vincolato dalla legge e da specifici regolamenti ed atti amministrativi)	BASSO NO (il risultato del processo è rivolto direttamente ai dipendenti)	MEDIO SI	BASSO NO	BASSO NO	0	MEDIO	/////	BASSO	M01, M02, M03, M04, M05, M08, M10, M12	BASSO	Dirigente UO Formazione, Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		Scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio	U.O.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE										NUOVI INDICATORI OTT. 2022				
Descrizione del processo	VALUTAZIONE DEL RISCHIO E ADOZIONE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO (D.LGS.81/08)														
INPUT	DI UFFICIO														
OUTPUT	MINIMIZZARE EFFETTI DANNOSI PER I LAVORATORI E PER GLI UTENTI														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
1	NON AVER ANALIZZATO E PREVISTO ADEGUATE MISURE DI PREVENZIONE	assenza di misure trattamento del rischio	no	attuazione di quanto previsto dalla normativa in materia	media SI	media SI	SI medio-alto	medio (non quantificabile e a priori)	no	si ALTO	non definibile	si	M1-M02-M3-M4-M7-M09-M10-M13	MEDIO	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio	U.O.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE										NUOVI INDICATORI OTT. 2022				
Descrizione del processo	VALUTAZIONE RISCHI INTERFERENTI PER LE ATTIVITA' AFFIDATE IN APPALTO														
INPUT	DI UFFICIO														
OUTPUT	CREARE MINOR DISAGIO ALLE ATTIVITA' DI ISTITUTO														
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
2	ATTENTA VALUTAZIONE DEI TEMPI E MODALITA' DI ESECUZIONE DEI LAVORI	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI MEDIO	SI MEDIA	NON QUANTIFICABILE PRELIMINARMENTE	SI medio	medio NO (non quantificabile e a priori)	NO	si ALTO	non definibile	si ALTA	M1-M2-M3-M4-M05-M6-M08-M09--M12	medio	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no														

Area di rischio		U.O.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE													
Descrizione del processo		PROGRAMMAZIONE, ANALISI DEI FABBISOGNI E SCELTA DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE								NUOVI INDICATORI OTT. 2020					
INPUT		DI UFFICIO													
OUTPUT		TENDERE A MASSIMIZZARE LA PROTEZIONE DEI LAVORATORI													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person. Apicale	valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado soddisfaz utenza	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
3	ANALISI E VALUTAZIONE DEI DPI MIRATI A SECONDA DEL RISCHIO DA PREVENIRE	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI ALTA (A CAUSA DELLA SPECIFICITA DEI SINGOLI DPI)	media SI	SI ALTO	SI medio	medio /ALTO (non quantificabile e a priori perché SOGGETTO A MOLTE VARIABILI)	no	si ALTO	non definibile	si	M1-M2-M3-M4-M07-M09-M10--M12-M13	medio	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no												

Area di rischio		U.O.C. AREA TECNICA													
Descrizione del processo		TRASMISSIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA ED ELABORAZIONE PROGRAMMI DI FORMAZIONE ED INFORMAZIONE PER I LAVORATORI								NUOVI INDICATORI OTT. 2020					
INPUT		DI UFFICIO													
OUTPUT		DIMINUIZIONE DEI RISCHI													
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	N. Proc. Discipl./ Penali a dipend.	Grado accentr. Proc. decision. in capo a person.	Valore economicoG rado eff. Ragg. Sulla base del grado	Trasparenza del procedimento e dati pubblicati			
4	TRASMISSIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA FINALIZZATA ALLA RIDUZIONE DEI RISCHI	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI MEDIA	SI MEDIA	SI MEDIO	SI MEDIO-ALTO	SI MEDIO	no	alto	MEDIO	MEDIA	M1-M2-M3--M9-M10-M13	alto	Direttore UOC
		mancanza di trasparenza	no												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si												
		scarsa responsabilizzazione interna	no												
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no												

		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no											
--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

+A81:S99067A81:R98A81:A81:	Area di rischio	U.O.C. AREA TECNICA														
	Descrizione del processo	COLLAUDO ATTREZZATURE SANITARIE							NUOVI INDICATORI OTT. 2020							
	INPUT	DI UFFICIO														
	OUTPUT	PERFETTA CORRISPONDENZA DEL PRODOTTO AI DATI TECNICI DELL'ATTREZZATURA AGGIUDICATA														
	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
	5	MANCATA VERIFICA IN SEDE DI CONSEGNA E DI COLLAUDO DELLE SPECIFICHE TECNICHE DEGLI ELETTROMEDICALI RICHIESTI DALL'AZIENDA	assenza di misure trattamento del rischio	no	media SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali e dalle indicazioni delle UU.OO. richiedenti)	media SI	medio SI	SI medio	NO (non quantificabile e a priori)	no	alto	non quantificabile	si	M1-M2-M3-M4-M6-M7-M10-M11-M12	medio	Direttore UOC
	mancanza di trasparenza		no													
eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no															
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si															
scarsa responsabilizzazione interna	no															
inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no															
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no															
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no															

	Area di rischio	U.O.C. AREA TECNICA														
	Descrizione del processo	PROGRAMMAZIONE ANNUALE /TRIENNALE DEI LAVORI , SERVIZI E FORNITURE							NUOVI INDICATORI OTT. 2020							
	INPUT	DI UFFICIO														
	OUTPUT	CORRETTA PROGRAMMAZIONE E PIANIFICAZIONE DEI LAVORI E DEI SERVIZI DI MANUTENZIONE														
	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori					INDICATORI DI RISCHIO (key risk indicators)				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (BASSO, MEDIO, ALTO)	Responsabili
	6	MANCATA ANALISI DELLA TIPOLOGIA DEI LAVORI E LORO FRAMMENTAZIONE ARTIFICIOSA CON LIEVITAZIONE DEI TEMPI E DEI COSTI	assenza di misure trattamento del rischio	no	media SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	media SI	medio SI	SI medio	medio NO (non quantificabile e a priori)	no	alto	non quantificabile e a priori	si	M1-M2-M3-M4-M5-M6-M10-M11-M12	alto	Direttore UOC
	mancanza di trasparenza		no													
eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no															
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si															
scarsa responsabilizzazione interna	no															
inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no															
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no															

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art 6, co.4, d.l. 80/2021	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati (PTPCT)/Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012. (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di comportamento	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013 NB: Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"	
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	
	Attestazioni OIV o struttura analoga		Attestazioni OIV o struttura analoga	Documenti di attestazione rilasciati dall' OIV- Griglia di rilevazione- Scheda di sintesi	Annuale
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate. NB: Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Atti degli organi di controllo			Atti e relazioni degli organi di controllo NB: Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato Per ciascun titolare di incarico:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo
			Per ciascun titolare di incarico:		

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)
				Per ciascun titolare di incarico:	
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		(da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Nessuno		
		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Posizioni organizzative		Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Dotazione organica		Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
Personale non a tempo		Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuno degli enti:	
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
					Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate
Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:	
				1) ragione sociale	Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)		

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
				Per ciascuna tipologia di procedimento:	
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per i procedimenti ad istanza di parte:	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Monitoraggio tempi procedimentali		Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Bandi di gare e contratti		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 DM MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art.7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo

Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni., compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016
Per ciascuna procedura

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	<p>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b)</p> <p>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156)</p> <p>SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3)</p> <p>SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)</p>	Tempestivo

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	<p>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p> <p>SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)</p>	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	<p>Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)</p> <p>Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"</p>	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, il compenso dei singoli commissari e il costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina.	Tempestivo

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di ammissione	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Testo dei contratti (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	<p>Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016.</p> <p>Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:</p> <p>Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi)</p> <p>Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)</p> <p>Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)</p> <p>Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)</p> <p>Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)</p> <p>Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)</p>	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2017	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<p>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</p> <p>Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)</p> <p>Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	<p>Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo <p>Certificato di collaudo o regolare esecuzione</p> <p>Certificato di verifica conformità</p> <p>Accordi bonari e transazioni</p> <p>Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo</p>	Tempestivo
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti, costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	<p>Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.</p> <p>Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato e nel caso di scostamento, il dettaglio delle voci che lo hanno determinato con l'indicazione dei singoli importi</p>	Tempestivo (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun atto:	
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	7) <i>link</i> al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione. <i>NB: Esente ai sensi del DPCM del 18 settembre 2012 art 1</i>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e gestione	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
gestione patrimonio	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Servizi erogati	Class action	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti. <i>NB:Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"</i>	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse. <i>NB:Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"</i>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Informazioni		Art. 40 c. 2	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate. <i>NB: Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"</i>	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate <i>NB: Obbligo informativo non di competenza/pertinenza dell'A.O.R.N. "S.G. Moscati"</i>	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale

A.O.R.N. S. GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO
Sezione "Amministrazione Trasparente"- Elenco degli obblighi di pubblicazione- Allegato 3 al PTPCT 2022-2024

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate