



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

***PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA'
E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.)
2025 – 2027***

Sommario

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione	10
1.1 Dati identificativi dell'amministrazione.....	11
1.2 Dati strutturali.....	11
SEZIONE 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	12
2. Valore Pubblico.....	13
2.1 Missione, Visione e Valori.....	13
2.2 Il Cardarelli come risposta ospedaliera avanzata ai bisogni di salute.....	13
2.3 Analisi del contesto epidemiologico campano.....	13
2.4 Missione e visione.....	14
2.5 Obiettivi di Valore Pubblico dell'AORN Cardarelli.....	16
2.6 Valore Pubblico – Comunicazione e Trasparenza.....	16
L'importanza della condivisione.....	16
Accessibilità alle prestazioni per l'utente.....	17
2.7 Valore Pubblico – piano investimenti e implementazione.....	17
Semplificazione e digitalizzazione.....	18
2.8.....	20
Valore Pubblico – Piano Nazionale Governo Liste di Attesa.....	20
Ricoveri.....	20
Interventi Implementati.....	21
Ambulatoriale.....	22

Incremento delle Sedute Ambulatoriali	22
Risultati Raggiunti	22
3. Performance	24
3.1 Efficienza	24
Mantenimento equilibrio economico – finanziario	24
Costo del personale	25
Spesa Farmaceutica	25
3.2 Efficacia	28
Obiettivo: qualità dell’assistenza	28
Miglioramento assistenziale	28
Andamento ricoveri ordinari	30
Andamento ricoveri in regime di Day Hospital	30
Accessi al pronto soccorso	31
3.3 Piano della Performance	32
3.4 Le dimensioni della performance	32
3.5 Gli obiettivi di mandato	33
3.6 Gli obiettivi di carattere generale	34
3.7	38
Gli obiettivi operativi	38
3.8 Obiettivi operativi raggruppati per Dipartimento	41

Dipartimento chirurgico Polispecialistico	44
Dipartimento delle tecnologie avanzate diagnostico terapeutiche e dei servizi sanitari.....	46
Dipartimento medico polispecialistico	51
Dipartimento reti – tempo dipendenti.....	54
Dipartimento integrato oncoematologico e toraco - polmonare	56
Dipartimento di chirurgia generale e della salute della donna	59
Dipartimento di Anestesia e Rianimazione	61
Dipartimento servizi strategici di area sanitaria	63
3.9 Obiettivi operativi dell’area tecnico/amministrativa	68
Direzione Generale - Strutture di supporto alla Direzione Generale.....	68
Direzione Amministrativa - Strutture di supporto alla Direzione Amministrativa	69
Direzione Amministrativa – Dipartimento tecnico/logistico.....	73
4. Rischi corruttivi e trasparenza	75
Premessa.....	75
Normative e direttive	76
Obiettivi e azioni del piano.....	78
Prevenzione della corruzione e performance.....	79
SEZIONE A - I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo - Funzioni attribuite e responsabilità.....	81
1. I soggetti attuatori delle azioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza	82
1.1 Il Direttore Generale.....	83

1.2 Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza.....	83
1.3 Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto.....	84
1.4 La Struttura di Supporto al RPCT	85
1.5 L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V).....	86
1.6 L’Ufficio Procedimenti Disciplinari.....	87
SEZIONE B.....	88
Analisi delle condizioni di rischio - Contesto di settore e geografico; analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda.....	88
1. L’Analisi del contesto.....	89
1.1 Il contesto esterno.....	89
2. Lo scenario	90
2.1 Il rapporto Transparency International Italia.....	90
2.2 Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale.....	91
SEZIONE C.....	93
La prevenzione del rischio corruttivo - Misure di prevenzione del rischio corruzione.....	93
1.1. Le misure generali di prevenzione della corruzione.....	95
a. Misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica.....	95
b. La rotazione straordinaria.....	96
c. I doveri di comportamento.....	96
d. Conflitto di interesse.....	97
e. Le inconferibilità/incompatibilità di incarichi	99

f. La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art 35-bis del D.lgs. 165/2001	100
g. Gli incarichi extraistituzionali – art.53 del D.lgs. 165/2001.....	100
h. Divieti post-employment (pantouflage).....	101
i. I patti d'integrità.....	102
j. La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing).....	102
k. La formazione.....	103
1. La rotazione ordinaria	104
2. Le misure specifiche.....	104
SEZIONE 3 - Organizzazione e capitale umano.....	111
5. Organizzazione e capitale umano	112
5.1 Struttura organizzativa.....	112
5.2 Capitale umano.....	112
5.3 Organizzazione del lavoro agile (P.O.L.A.)	114
5.4 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.....	114
Modalità attuative.....	115
Procedura e svolgimento della prestazione	117
Percorsi formativi	118
Soggetti Del Lavoro Agile.....	118
Strumenti e Programma di sviluppo del lavoro agile	119
5.5 Strategia di copertura del fabbisogno	122

5.6 Piano delle azioni positive 2025-2027 (P.A.P.).....	123
Contesto.....	124
Durata e diffusione del piano.....	125
Obiettivi del Piano delle azioni positive (P.A.P.).....	125
Obiettivo 1: Formazione Continua e Aggiornamento	127
Obiettivo 2: Contrastare le discriminazioni.....	127
Obiettivo 3: Potenziare il benessere organizzativo.....	127
Obiettivo 4: Flessibilità e conciliazione vita-lavoro.....	129
Obiettivo 5: promuovere la leadership femminile	129
Obiettivo 6: monitoraggio e valutazione	130
5.7 Formazione del personale.....	131
Il Piano Formativo Aziendale anno (P.F.A.).....	131
5.8 Attività formativa Syllabus.....	133
SEZIONE 4: Monitoraggio	135
Monitoraggio valore pubblico e performance	136
Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	136
Monitoraggio organizzazione e capitale umano	136

Premessa

Il PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è un adempimento semplificato di durata triennale, aggiornato annualmente, per le Pubbliche Amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Il PIAO può essere definito come una sorta di “testo unico” della programmazione, creato appositamente per semplificare gli adempimenti a carico degli enti, ma anche per favorire l'adozione di una politica integrata nelle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

Una spinta alla nascita del Piano è stata data anche dal Decreto Reclutamento nella PA, nel quale si auspicava una riqualificazione, in tempi brevi del personale pubblico, in modo da favorire anche il raggiungimento degli obiettivi del PNRR.

Il Piano definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Esso rappresenta un documento di programmazione unico che unisce i piani della performance, del lavoro agile e dell'anticorruzione; a tal fine sostituisce e integra:

- a) Piano della Performance che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;

- b) Piano Operativo Lavoro Agile (POLA), Piano delle azioni Positive (PAP) che definiscono la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo (pari opportunità), anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- c) Piano triennale del fabbisogno del personale che riporta gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- d) Piano Anticorruzione riporta i programmi per la prevenzione della corruzione, la piena trasparenza nelle attività dell'organizzazione.

Il PIAO è organizzato in quattro sezioni:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione e rileva le caratteristiche dell'Azienda.
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, suddivisa in tre sottosezioni: "Valore Pubblico" dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici, "Performance" e "Rischi corruttivi e trasparenza".
3. **Organizzazione e capitale umano**, suddivisa in tre sottosezioni: "Struttura organizzativa" in cui viene presentato l'organigramma aziendale, i livelli di responsabilità organizzativa e l'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio; "Piano delle azioni Positive", "Organizzazione del Lavoro Agile", "Piano triennale dei fabbisogni di personale" e "Formazione del personale".
4. **Monitoraggio**, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Il termine previsto per l'adozione del PIAO è il 31 gennaio di ciascun anno.

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 Dati identificativi dell'amministrazione

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di alta specializzazione "Antonio Cardarelli" è stata costituita con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 12255 del 22 dicembre 1994, a far data dal 1 gennaio 1995. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D.lgs. n. 502/1992, come modificato dal D.lgs. n. 229/1999, l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; essa è un ente strumentale della Regione Campania ed opera con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, utilizzando i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura, nel rispetto delle normative vigenti.

<u><i>Istituzione</i></u>	<u><i>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale</i></u>
<i>Denominazione</i>	Antonio Cardarelli
<i>Sede legale</i>	Via A. Cardarelli, 9 – 80131 Napoli
<i>P.IVA</i>	06853240635
<i>Direttore Generale</i>	Antonio d'Amore
<i>Direttore Amministrativo</i>	Avv. Marcella Abbate
<i>Direttore Sanitario</i>	Dott. Mario Massimo Mensorio
<i>PEC</i>	aocardarelli@pec.it
<i>Centralino</i>	+39 081 7471111
<i>Sito web</i>	https://www.ospedalecardarelli.it/

1.2 Dati strutturali

Anno di fondazione	1934
Mq di superficie	250.000
Direzioni	3
Dipartimenti	12
Strutture complesse	73
Strutture semplici + Strutture Dipartimentali	105
Personale di ruolo complessivo al 31.12.2024	3.856

SEZIONE 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

2. Valore Pubblico

2.1 Missione, Visione e Valori

Il Valore Pubblico è il miglioramento del livello di benessere sociale di una comunità amministrata, perseguito da un ente capace di svilupparsi economicamente facendo leva sulla riscoperta del suo vero patrimonio, ovvero i valori intangibili quali, ad esempio, la capacità organizzativa, le competenze delle sue risorse umane, la rete di relazioni interne ed esterne, la capacità di leggere il proprio territorio e di dare risposte adeguate, la tensione continua verso l'innovazione, la sostenibilità ambientale delle scelte, l'abbassamento del rischio di erosione del Valore Pubblico a seguito di trasparenza opaca (o burocratizzata) o di fenomeni corruttivi.

Un ente crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento dell'impatto sulla società.

2.2 Il Cardarelli come risposta ospedaliera avanzata ai bisogni di salute

L'AORN A. Cardarelli rappresenta uno snodo importante per la sanità Campana e per l'intera Regione. Si tratta di una struttura di riferimento per i campani e non, che la percepiscono come intrinsecamente appartenente alla città, della quale costituisce un elemento identitario e culturale importante.

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche.

2.3 Analisi del contesto epidemiologico campano

La Campania è una delle regioni italiane più densamente popolate con oltre 400 abitanti per kmq. Quando si divide il territorio nazionale in classi di superficie, considerando la più piccola di esse (con meno di 1.000 ettari), la Campania è la seconda regione con più alta densità abitativa; in particolare, in Campania si ha un picco di 2.535 abitanti per kmq per la provincia di Napoli. La Regione si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0-14 anni pari al 14%, tra i 15-64 anni pari al 66% e oltre i 65 anni pari al 20%.

Dalla lettura analitica dei dati demografici per fasce d'età e degli indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani e indice di dipendenza strutturale) è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard nazionali.

La tendenza alla modifica della piramide demografica e il mutato scenario epidemiologico impongono di riorganizzare l'assistenza sanitaria, secondo i mutati bisogni assistenziali. Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana anche in Campania ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli-patologie e della non autosufficienza; a tale cambiamento del quadro nosologico generale si è affiancato il continuo progresso in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento e il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario.

L'insieme di questi fenomeni ha determinato da un lato una crescita inarrestabile del consumo di risorse economiche in sanità, senza un corrispettivo incremento del livello di salute dei cittadini campani, dall'altro la sempre più inderogabile necessità di assicurare livelli di appropriatezza, declinati in contesti di cure e setting assistenziali adeguati, finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, capace anche di aver riguardo al contenimento della spesa.

Come tutte le regioni italiane, quindi, la Campania deve affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione e l'esigenza di coniugare servizi adeguati con la loro sostenibilità. L'invecchiamento pone nuove sfide, come ad esempio la necessità di potenziare la gestione delle malattie croniche e della multi-morbilità, ma offre anche molte opportunità nell'ambito della "Silver Economy".

2.4 Missione e visione

La *mission* principale dell'AORN Cardarelli è quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando prestazioni sanitarie specialistiche, secondo standard di eccellenza, di media e elevata complessità, nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse e in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

I valori principali cui si ispira l'A.O.R.N. Cardarelli sono:

- la centralità del paziente;
- la libertà del cittadino nella scelta consapevole del servizio, delle cure e del professionista;
- l'eguaglianza verso ogni persona che ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate, senza discriminazione di età, sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche;

- la responsabilità verso la comunità e la responsabilità gestionale, clinica e dei risultati;
- la collaborazione tra i diversi professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino;
- il personale come capitale intellettuale, professionale e culturale per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita favorendo la valorizzazione dei professionisti;
- la professionalità di tutti gli operatori per rispondere con appropriatezza, efficacia e competenza in ogni situazione e circostanza;
- il personale come capitale intellettuale, professionale e culturale per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita favorendo la valorizzazione dei professionisti;
- l'imparzialità nelle scelte e decisioni come certezza;
- l'efficienza ed efficacia nell'ottenere con le risorse attribuite i migliori risultati per il cittadino;
- la sicurezza e la qualità nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente;
- l'innovazione tecnologica, organizzativa e formativa avanzata a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura, per produrre attività di eccellenza.

Per il compimento della propria *mission*, l'Azienda:

- ricorre al ricovero ordinario solo quando necessario, contenendo, per quanto possibile, la degenza ospedaliera, garantendo criteri di appropriatezza, incoraggiando e sviluppando l'attività ambulatoriale, il ricovero in Day Hospital e Day Surgery;
- propone e/o collabora a iniziative di scambio culturale e scientifico con strutture, pubbliche e private, nonché con altri Paesi della Comunità mondiale, tramite l'organizzazione e la partecipazione ad incontri scientifici;
- stipula accordi e/o convenzioni con le Università e con soggetti pubblici e privati, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

La visione dell'azienda consiste nel *“prendersi cura in ospedale delle persone, assicurando le competenze, le tecnologie, l'umanità e le professionalità necessarie per la tutela della salute”*.

L'Azienda ha svolto un lavoro, congiuntamente al Collegio di Direzione (nominato con Deliberazione del direttore Generale n. 913 del 18.09.2024) per tracciare le linee che nel futuro si propone di perseguire:

- valorizzare gli asset principali, gestione dell'emergenza e alte specialità;
- migliorare l'esperienza della persona assistita.

2.5 Obiettivi di Valore Pubblico dell’AORN Cardarelli

Anche per il triennio 2025 – 2027 l’AORN Cardarelli ha definito l’implementazione o l’evoluzione di determinati strumenti e attività allo scopo di permettere il raggiungimento di obiettivi di Valore Pubblico.

2.6 Valore Pubblico – Comunicazione e Trasparenza

L’importanza della condivisione

Il perseguimento della mission necessita di attività di comunicazione da realizzarsi attraverso metodologie multicanale finalizzate a garantire alle comunità e agli stakeholder la conoscenza delle attività dell’Azienda, le modalità di gestione e i servizi che vengono garantiti. Inoltre, in coerenza con quanto previsto dalla L. 150/2000 e s.m.i, l’Azienda si impegna a costruire canali di comunicazione biunivoci attraverso l’URP e mediante gli uffici che gestiscono gli strumenti di comunicazione tecnologica diretti alle comunità di cittadini, soggetti no-profit, aziende, Istituzioni.

Tale funzione viene svolta presso i pubblici interni all’Azienda, mediante strumenti tipici della comunicazione interna. L’URP fa capo all’UOC Comunicazione e Innovazione, ricadente nelle competenze della Direzione Amministrativa. La stessa svolge un ruolo essenziale nel processo di miglioramento continuo della qualità dell’assistenza, promuovendo, di concerto con le strutture erogatrici, azioni di verifica della qualità delle prestazioni erogate (cd. audit civico). Quest’ultimo si basa sull’analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l’utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

L’attività di informazione consta della trasmissione di notizie e contenuti agli organi di stampa e radiotelevisivi, ai siti web di informazione, ai soggetti Istituzionali con cui l’Azienda si relaziona. Tale attività è essenziale per costruire una buona reputazione all’AORN e per informare circa servizi, best practice e posizioni assunte dall’Azienda. Tale funzione è propria (in base a quanto previsto dalla L.150/2000) delle attività dell’Ufficio Stampa ed è incardinata nell’UOC Comunicazione e Innovazione. La strategicità di tale funzione è fortemente connessa anche alla massiva fruizione da parte delle comunità servite dall’Azienda di strumenti di comunicazione di tipo “social” e digitale. In tal senso occorre che l’Azienda si proponga sul canale web e sui social quale interlocutore affidabile, competente e di primo riferimento per le tematiche inerenti la

salute. Tali ambizioni fanno sì che coloro che sono dedicati allo svolgimento di tali funzioni, debbano avere una buona conoscenza dei sistemi di comunicazione digitale e social.

Accessibilità alle prestazioni per l'utente

Le tecnologie informatiche consentono oggi ad ogni utente di fare in autonomia numerose azioni amministrative: prenotazioni, accettazioni, pagamenti, accesso ai referti, ecc. Possono essere effettuate con gli appositi dispositivi, semplificando le procedure, ottimizzando i percorsi e, soprattutto, incrementando l'empowerment del cittadino, principale obiettivo. Si configura come una revisione completa dei percorsi di accoglienza, revisione e basata, da un lato, sull'ammodernamento delle tecnologie preesistenti di gestione delle code agli sportelli e, dall'altro, sull'introduzione di nuove tecnologie, ad esempio lo sportello virtuale, le casse automatiche.

I principali strumenti sono:

- sportello virtuale: da remoto (collegandosi al sito web aziendale) l'utente può fare prenotazioni, attivare il pagamento sul sistema PagoPA, effettuare richieste (ad esempio richiedere la cartella clinica);
- totem di self-accettazione: consentono all'utente che ha prenotato di procedere in autonomia con l'accettazione, nel giorno della prestazione, eventualmente pagando il ticket, senza dover passare dagli sportelli fisici. Ad oggi sono situati presso il padiglione Palermo (piano terra – cassa ticket), padiglione A ed M (Palazzina per attività Intra-moenia).

Obiettivi attesi

Il principale obiettivo è quello di incrementare l'engagement del cittadino, rendendolo il più possibile autonomo nel disbrigo degli adempimenti amministrativi, riducendo o tagliando tempi di attesa e mettendolo in condizione di avere la piena e autonoma gestione della propria documentazione amministrativa (prenotazioni, pagamenti, fatture, ecc.).

2.7 Valore Pubblico – piano investimenti e implementazione

L'Azienda impronta la programmazione economico-finanziaria al principio di salvaguardia della qualità delle prestazioni assistenziali, garantendo alle strutture operative a servizio dell'utenza una adeguata dotazione di apparecchiature biomedicali ed una appropriata ricettività alberghiera. A tale scopo definisce un piano di investimenti per l'acquisizione di attrezzature sanitarie e di manutenzioni straordinarie per l'adeguamento e la messa in sicurezza del patrimonio strutturale e impiantistico, prevedendo anche, a salvaguardia delle tecnologie cosiddette ICT dell'informazione e comunicazione, l'adeguamento software e hardware delle

proprie infrastrutture informatiche nonché l'acquisto di macchine elettroniche a supporto di tutti i Macrocentri e le articolazioni organizzative dell'Azienda.

Con il piano di investimenti 2025 vengono curati gli allestimenti tecnologici e strutturali degli ambiti a maggiore rilevanza per i bisogni assistenziali dell'utenza e viene recepito il programma triennale dei lavori pubblici per gli interventi straordinari di adeguamento del patrimonio immobiliare e impiantistico.

L'AORN Cardarelli quindi si è mossa nell'alveo di due principali filoni di intervento: interventi definibili "miglioramento strutturale" e "tecnologico".

Per quanto concerne gli interventi strutturali si registra attività di ristrutturazione/adeguamenti di 14 reparti (tra cui il Pronto Soccorso, Neurologia, TIGU, padiglioni B, F, N) mentre nel 2025 sono in corso di ristrutturazione le seguenti strutture: Cardiologia UTIC, Dermatologia, Oculistica, Neuroradiologia e Radiologia Vascolare.

Mentre, per le attività riguardanti il "miglioramento tecnologico" si registrano per l'anno 2024 misure di:

- potenziamento della cyber security e parco tecnologico mediante l'acquisto, tra l'altro, di attrezzature come:
 - agiografo Biplano per la Neuroradiologia, risonanza magnetica 1.5 Tesla e secondo robot chirurgico Da Vinci;
- informatizzazione degli armadi di reparto;
- nuovi sistemi di gestione digitale per il PS;
- avvio telemedicina in 11 discipline.

Semplificazione e digitalizzazione

Il processo di digitalizzazione, tutt'ora in corso, in linea con gli obiettivi di miglioramento della Pubblica Amministrazione in termini di efficacia, efficienza, contenimento dei costi, riduzione dei tempi, di trasparenza dell'azione amministrativa, intende fornire una risposta concreta alle esigenze del cittadino. In tal senso deve orientarsi anche l'azione sanitaria, ove l'informatizzazione, e la digitalizzazione in genere, rappresentano le sfide da raccogliere, e vincere, per assicurare un servizio sempre più prossimo alle aspettative dell'utenza.

Nel citato contesto trova spazio la c.d. sanità digitale che basa la propria efficacia sul flusso continuo di dati, integrati, interconnessi, affidabili e sicuri; si rendono per cui necessari sistemi informativi che siano facilmente accessibili, tecnologicamente avanzati e capaci di dialogare in *real time* per favorire l'acquisizione dei dati.

L'AORN A. Cardarelli, in ottemperanza con quanto previsto dal D.lgs. n.82 del 07/03/2005, riformato con il D.lgs. 179/2016 (CAD 3.0) attuativo della L. 124 del 07/08/2015, meglio noto come Codice

dell'Amministrazione Digitale (CAD), che indica le linee guida in tema di informatizzazione nei rapporti con i cittadini, ha attivato, ormai da diversi anni un processo di rinnovamento dell'intera rete aziendale volta ad assicurare livelli sempre più elevati di efficacia ed efficienza.

La pandemia dovuta al Covid-19 ha messo in evidenza quanto sia necessario dotarsi di reti digitali all'avanguardia che consentano un'agevole dialogo tra gli attori dei servizi sanitari con il fine di assicurare una celere risposta ai pazienti che sia figlia di consulti anche multidisciplinari.

In linea con il Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione, lo strumento ideato per favorire la trasformazione digitale della Pubblica Amministrazione italiana, l'AORN A. Cardarelli si è fortemente votata al cambiamento puntando sull'informatizzazione dei servizi.

In tale direzione, coerentemente con l'art. 17 del D.lgs. 179/2016, si individua la figura del Responsabile della Transizione Digitale con giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1408 del 30.12.2022, cui sono attribuiti importanti compiti di coordinamento e di impulso ai processi di digitalizzazione, quali in particolare:

- coordinamento strategico dello sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- indirizzo e coordinamento dello sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell'amministrazione;
- indirizzo, pianificazione, coordinamento e monitoraggio della sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture, anche in relazione al sistema pubblico di connettività, nel rispetto delle regole tecniche di cui all'art. 51, comma 1;
- accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e promozione dell'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- analisi periodica della coerenza tra l'organizzazione dell'amministrazione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi nonché di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa;
- cooperazione alla revisione della riorganizzazione dell'amministrazione;
- indirizzo, coordinamento e monitoraggio della pianificazione prevista per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di telecomunicazione;
- progettazione e coordinamento delle iniziative rilevanti ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete a cittadini e imprese mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra pubbliche amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra amministrazioni per la realizzazione e compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;
- promozione delle iniziative attinenti l'attuazione delle direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei Ministri o dal Ministero delegato per l'innovazione e le tecnologie.

Per quanto riguarda l'accessibilità digitale, l'AORN Antonio Cardarelli ha già provveduto a rendere il proprio sito web accessibile, conformemente al D.lgs. 10 agosto 2018, n. 106 che ha recepito la direttiva UE 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio.

La legge 6 agosto 2021, n. 113, con modificazioni, del dl 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del PNRR, individua gli ambiti strategici dell'Agenda per la semplificazione, in particolare, la semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure.

Tra di essi, presso l'AORN Cardarelli sono individuati come prioritari e strategici:

- lo sportello dei pagamenti online, con accesso a pagamenti spontanei tramite PagoPA, in particolare con integrazione alla piattaforma della Regione Campania MyPay, secondo i piani regionali;
- la piattaforma per l'informatizzazione degli Atti Amministrativi e work flow applicativo per la gestione dei relativi processi;
- la rilevazione delle presenze del personale, con consultazione online del cartellino e la gestione delle richieste.

Obiettivi attesi

- percorso chirurgico digitalizzato;
- armadi di reparto digitalizzati;
- gestione digitale degli slot chirurgici.
- Inizio lavori Banca del Tessuto;
- Attivazione Padiglione G;
- Inizio lavori Padiglione N e ridefinizione spazi Padiglione Palermo;
- Inizio lavori impianto depurazione;
- DEA - Cabina elettrica;
- Riavvio lavori Padiglione C;
- Inizio lavori OBI.

2.8 Valore Pubblico – Piano Nazionale Governo Liste di Attesa

Ricoveri

La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è funzione del bilanciamento tra la domanda di Salute dei Cittadini (intesa come Lista di Attesa in coerenza con il PNGLA) e la capacità produttiva del sistema (intesa come un numero di prestazioni erogabili in funzione delle risorse disponibili) pertanto diviene imprescindibile

sviluppare modelli organizzativi che garantiscano un incremento di efficienza del percorso peri operatorio del paziente chirurgico programmato.

Interventi Implementati

- revisione e aggiornamento periodico: utilizzo di software avanzati per l'analisi delle liste di attesa al fine di identificare e rimuovere:
 - prenotazioni duplicate.
 - richieste obsolete (es.: pazienti già trattati o che hanno rinunciato).
 - recall: contatto diretto con i pazienti per confermare o aggiornare le prenotazioni.

Incremento delle Sedute Operatorie

- ottimizzazione degli orari operatori: revisione dei turni e delle disponibilità per massimizzare l'utilizzo delle sale operatorie;
- acquisto prestazioni aggiuntive: incremento delle sedute operatorie tramite l'acquisto di prestazioni aggiuntive in orario extraistituzionale;
- collaborazioni tra reparti: miglior coordinamento tra le varie unità operative per evitare sovrapposizioni o ritardi.

Obiettivi attesi

Gli obiettivi specifici sono:

- ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecnologiche, strumentali e logistiche al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e sostenibilità economica;
- adeguare la capacità produttiva e l'allocazione delle risorse necessarie non solo su base storica, ma anche sulla base delle criticità e necessità della lista di attesa;
- ridurre i tempi medi di attesa per i ricoveri chirurgici;
- ottimizzare la gestione delle risorse umane e strutturali (sale operatorie, spazi ambulatoriali, personale sanitario);
- aumentare la trasparenza e l'accuratezza delle liste di attesa;
- incrementare il numero di interventi chirurgici e delle prestazioni ambulatoriali eseguite senza compromettere la qualità dell'assistenza, tramite l'ottimizzazione delle risorse e l'utilizzo di prestazioni aggiuntive ai sensi della normativa vigente.

Ambulatoriale

La riduzione dei tempi di attesa costituisce un obiettivo prioritario nazionale e di Regione Campania, per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del servizio sanitario stesso sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le cause determinanti del fenomeno delle liste d'attesa sono molteplici e devono essere affrontate agendo lungo tre principali direttrici: il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza ed i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni. Il principio cardine che deve guidare l'azione in quest'ambito è la garanzia dell'erogazione dei servizi sanitari entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura; aspetto, questo, che rappresenta una componente strutturale dei LEA. Tale obiettivo è perseguibile attraverso idonei programmi e strategie che garantiscano un uso razionale delle risorse e che migliorino l'efficacia delle prestazioni, l'efficienza del sistema nel suo complesso, l'appropriatezza clinica ed organizzativa e la trasparenza nei confronti del cittadino.

Incremento delle Sedute Ambulatoriali

- ottimizzazione delle sedute ambulatoriali: revisione dei turni e delle disponibilità per massimizzare l'utilizzo delle sedute ambulatoriali;
- acquisto prestazioni aggiuntive: incremento delle sedute ambulatoriali tramite l'acquisto di prestazioni aggiuntive in orario extraistituzionale;
- collaborazioni tra reparti: miglior coordinamento tra le varie unità operative per evitare sovrapposizioni o ritardi.

Risultati Raggiunti

- riduzione delle prenotazioni non necessarie o obsolete nelle liste di attesa: 3.027 pazienti eliminati;
- aumento del numero di sedute operatorie settimanali: n. di interventi effettuati per l'abbattimento delle liste di attesa (mannelli);
- aumento del numero di sedute ambulatoriali settimanali: da settembre 2024 sono state aumentate le sedute ambulatoriali per un totale di 255 ore/mese; tale incremento ha consentito l'erogazione di 1.718 prestazioni ambulatoriali in più (settembre-dicembre 2024).

Gli interventi migliorativi implementati hanno permesso inoltre la riduzione dei tempi medi di attesa per i principali interventi chirurgici e per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, il miglioramento del tasso di utilizzo delle sale operatorie e degli spazi ambulatoriali.

Obiettivi attesi

Gli obiettivi specifici sono:

- azioni di monitoraggio e miglioramento per il rispetto dei tempi medi di attesa;
- azioni di monitoraggio e miglioramento per la gestione trasparente e totale visibilità delle agende di prenotazione;
- pulizia delle liste di attesa di ricovero chirurgico per eliminare duplicazioni, incongruenze e prenotazioni obsolete;
- incremento delle sedute operatorie per aumentare la capacità di risposta alla crescente domanda assistenziale;
- incremento offerta assistenziale ambulatoriale per aumentare le disponibilità orarie e dei servizi offerti al fine di rispondere più rapidamente alla domanda, riducendo i tempi di attesa per visite ed esami.

3. Performance

La performance aziendale viene misurata secondo diverse dimensioni, in questo ambito la Direzione Strategica ha individuato una serie di obiettivi da realizzarsi nel lungo periodo, e una declinazione annuale di indicatori di performance da monitorare.

3.1 Efficienza

Mantenimento equilibrio economico – finanziario

Un ospedale consuma risorse (input) per realizzare un servizio (output) attraverso il quale soddisfare le richieste provenienti dal territorio.

Tempi di pagamento – indice di tempestività dei pagamenti

L'indice di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento. Tale indicatore è utile ai fini del monitoraggio dei tempi medi di pagamento da parte delle PA.

L'indicatore si compone: la somma dei giorni effettivi di pagamento per ciascuna fattura ricevuta a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale - ossia quelli intercorsi tra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento compresi i festivi - deve essere moltiplicata per l'importo complessivo dovuto (inclusi oneri, imposte, tasse e dazi). Tale valore deve poi essere rapportato agli importi effettivamente pagati dalla PA nel periodo di riferimento.

Il valore dell'indice rappresenta, se positivo, la media dei giorni di ritardo rispetto alla scadenza dei pagamenti, se negativo la media dei giorni di anticipo rispetto alla scadenza dei pagamenti.

indice tempestività pagamenti	2023	2024	2025
Indice di tempestività	-20,18	-27	miglioramento

Costo del personale

DIRIGENZA		2022	2023	2023 vs 2022%	2024	2024 vs 2023%
BA2 120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico	80.341.580	83.415.507	3,83%	95.352.812,58	14,31%
BA2 160	B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico	3.776.233	4.473.928	18,48%	5.335.143,56	19,25%
BA2 240	B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	1.008.763	791.808	-21,51%	1.207.321,13	52,48%
BA2 340	B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	25.342	273.356	10,78%	379.726,14	38,91%
BA2 430	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	1.001.145	994.531	-0,66%	1.473.615,25	48,17%
TOTALE		86.153.065	89.949.130		103.748.618,65	
COMPARTO		2022	2023	2023 vs 2022%	2024	2024 vs 2023%
BA2 200	B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario	89.217.954	92.043.813	3,17%	94.442.057,39	2,61%
BA2 290	B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale	208.916	252.541	20,88%	242.773,22	-3,87%
BA2 380	B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico	16.704.703	22.665.368	35,68%	24.166.122,61	6,62%
BA2 470	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	10.043.629	10.105.383	0,61%	8.914.543,55	-11,78%
TOTALE		116.175.202	125.067.105		127.765.496,77	

Spesa Farmaceutica

La spesa farmaceutica nelle aziende ospedaliere rappresenta una voce cruciale del bilancio sanitario, in quanto riguarda l'acquisto e l'uso di farmaci per garantire l'erogazione di cure sicure ed efficaci ai pazienti. Questa voce di spesa è sottoposta a stringenti regolamentazioni e a monitoraggi per contenere i costi e garantire la sostenibilità del sistema sanitario. Una gestione efficace della spesa farmaceutica è essenziale per garantire il rispetto dei vincoli di bilancio, senza compromettere la qualità dell'assistenza ai pazienti.

Nello specifico, si rende noto che nel 2024 la UOC di Farmacia ha effettuato acquisti per € **99.256.617,24** relativi a specialità medicinali inclusi i gas medicinali (circa 1,4 milioni euro non ancora contabilizzabili), al

lordo dei pay-back vigenti dei MEA e dei fondi per gli innovativi oncologici e non oncologici. Tutto quanto riportato ha determinato un incremento di spesa pari al 18,5% (valore € 15.503.737,48) rispetto a quella dello stesso periodo dell'anno 2023, pari a € 83.753.648,36. Il valore dell'ordinato relativo ai Dispositivi Medici per il 2024 si attesta su € 40.108.513,63 € per i Dispositivi Medici Diagnostici in Vitro (IVDR, "Reagenti" per la gestione dei laboratori) il valore è di € 11.923.487,38 (di cui COVID 101.244,70 euro) ridotto di circa € 495.000 rispetto allo stesso periodo del 2023. La spesa per dispositivi medici ha riportato un incremento pari al 17,5% (valore € 5.978.329,88) rispetto a quella dello stesso periodo dell'anno 2023, pari a € 34.130.183,75. Tale incremento della spesa è dovuto all'aumento del numero e della tipologia dei DM gestiti dalla UOC Farmacia e ai maggiori consumi di utilizzo riscontrati principalmente nelle seguenti aree cliniche: Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Chirurgia Robotica, Terapia del dolore ed Emodinamica.

L'incremento della spesa dei dispositivi medici avuta nell'anno 2024 pari al 17,5 % rispetto allo stesso periodo dell'anno 2023 è attribuibile verosimilmente alle seguenti CND:

- CND A dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta;
- CND c dispositivi per apparato cardiocircolatorio;
- CND h dispositivi da sutura;
- CND j dispositivi impiantabili attivi;
- CND k dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia;
- CND l strumentario chirurgico pluriuso o riutilizzabile;
- CND p dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi;
- CND z apparecchiature sanitarie e relativi componenti acce. e mat.

L'incremento del valore dell'ordinato delle specialità medicinali registrato nei primi 12 mesi del 2024, rispetto al medesimo periodo del 2023, appare ragionevolmente riconducibile principalmente a due fattori. da un lato, si osserva un aumento del consumo di tali farmaci presso le Unità Operative del nostro ospedale. dall'altro, un contributo significativo deriva dall'acquisto di immunoglobuline endovenose (IgG EV) per un valore complessivo pari a circa 13 milioni di euro. di questa somma, 6,7 milioni di euro sono stati destinati all'AORN Cardarelli, mentre la parte restante è stata assegnata alle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL) della Regione Campania. Tale acquisto è stato effettuato dall'AORN Cardarelli in qualità di azienda capofila della Regione Campania per la distribuzione delle IgG EV a tutte le AASSLL e Aziende Ospedaliere (AAOO) della Regione. Per i farmaci oggetto di maggiore crescita e costo, già a partire dall'anno 2018 ed ulteriormente attenzionati nel 2024 in seguito all'introduzione di nuove specialità medicinali innovative, sono state messe in atto le seguenti azioni per il governo della spesa:

- **Introduzione di richieste personalizzate:** si effettua costante monitoraggio dell’appropriatezza tramite richieste personalizzate provenienti dalle UU.OO., in relazione ad immunoglobuline, albumina, antibiotici, antimicotici ed altre specialità medicinali ad alto costo ed innovative;
- **Implementazione dell’uso dei biosimilari:** per quanto concerne i biosimilari di prima generazione (fattori di crescita granulocitari ed eritropoietina) si è raggiunto, nel pieno rispetto delle indicazioni regionali il 98% di utilizzo (obiettivo Regione Campania range dal 70% al 90%).
Per quanto concerne i biosimilari di seconda generazione (Rituximab, Trastuzumab, Infliximab, Etanercept, Bevacizumab, Adalimumab, Natalizumab) sono state messe in atto azioni condivise con le UU.OO. interessate, al fine di implementarne l’uso nelle aree terapeutiche di onco-ematologia, gastroenterologia, neurologia (sclerosi multipla e miastenia gravis etc.) reumatologia e dermatologia generando l’acquisto presso il nostro Ospedale unicamente delle specialità medicinali biosimilari.
- **Introduzione audit armadio farmaceutico di reparto:** redazione condivisa di procedura di audit nei reparti, con l’obiettivo di disciplinare le visite ispettive all’interno delle UU.OO., nella convinzione che esse non rappresentino solo un momento di verifica e controllo, ma soprattutto un ausilio per l’individuazione di eventuali non conformità e/o criticità, cui eventualmente applicare opportune azioni correttive. Nei 12 mesi del 2024 sono state eseguite ispezioni a circa 16 Unità Operative, Camere Operatorie, DH e Ambulatori.
- **Monitoraggio clinico e di spesa per i medicinali** inseriti negli elenchi istituiti ai sensi della legge 648/96, come da nota Regione Campania, rilevata trimestralmente e inviata alla direzione UOD-06-Politica del Farmaco e Dispositivi.
- **Analisi monitoraggio farmaci secondo i registri AIFA:** la corretta applicazione dei meccanismi di “Risk sharing”, “Cost sharing” e “Payment by Results” e la puntuale richiesta di rimborso eseguita dalla UOC Farmacia presso le aziende farmaceutiche ha determinato note di credito emesse a favore della AORN Cardarelli per un valore pari a € 110.358,27

3.2 Efficacia

Obiettivo: qualità dell'assistenza

L'obiettivo principale delle aziende ospedaliere è garantire una qualità elevata dell'assistenza sanitaria, mettendo al centro il benessere del paziente. Ciò significa offrire cure efficaci, sicure e personalizzate, basate su standard clinici aggiornati e un'organizzazione efficiente dei servizi. Questo obiettivo richiede un costante monitoraggio dei processi, l'investimento in formazione del personale e tecnologie avanzate, oltre che la promozione di un ambiente collaborativo e orientato al miglioramento continuo. La qualità dell'assistenza è fondamentale non solo per soddisfare le esigenze dei pazienti, ma anche per consolidare la fiducia nella struttura ospedaliera e contribuire al progresso del sistema sanitario.

Di seguito vengono indicati i principali indicatori dai quali si evidenzia un incremento delle prestazioni nel biennio 2023 – 2024 e le aspettative/obiettivi previsti per l'anno 2025.

Miglioramento assistenziale

Andamento attività chirurgica

	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024
Indicatore	+10% (rispetto alle prestazioni 2022)	+13%

Monitoraggio indicatori NSG (Nuovo sistema di Garanzia)

Si riporta il trend degli anni precedenti sugli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia.

H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparto con volume di attività superiore a 135 interventi annui

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	$\geq 70\%$	99.29	99.00	mantenimento

H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	$\leq 8,6\%$	9.26	0.00	mantenimento

H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	$\leq 0,24$	0.16	0.19*	mantenimento

*l'attività di controllo sul DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza è attualmente in corso

H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	$\geq 70\%$	85.06	83.33	mantenimento

H13C - % pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	$\geq 60\%$	69.29	79.94	mantenimento

H17C – Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	<=20%	27.33	25.79	da migliorare

H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	<=12,91%	5.9*	0.04*	mantenimento

*la percentuale indicata fa riferimento alla sola mortalità intraospedaliera. Il ricalcolo a livello centrale include anche i decessi post dimissione entro 30 gg.

H08za – autosufficienza emocomponenti driver

	Valore soglia	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	Valore indicatore atteso 2025
Indicatore	<= 43%	10.63*	1.22*	mantenimento

*Elaborazione CIRS (Cruscotto Informativo Regionale per la Sanità)

Andamento ricoveri ordinari

Indicatore	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	DELTA
ricoveri ordinari	27.690	29.606	+7%

Andamento ricoveri in regime di Day Hospital

Indicatore	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	DELTA
DH/DS	12.230	12.626	+3%

Accessi al pronto soccorso

Indicatore	Valore indicatore 2023	Valore indicatore 2024	DELTA
PS	64.814	66.857	+3%

3.3 Piano della Performance

Il presente documento è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, del Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 e s.m.i..

È un documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'azienda per la misurazione e la valutazione della performance. Il Piano rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della Performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento delle Pubbliche Amministrazioni.

Il piano triennale della performance costituisce uno strumento organizzativo - gestionale che formalizza:

- le mission che afferiscono alle attività aziendali;
- gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi (sia di struttura che individuali);
- gli indicatori idonei per la misurazione e valutazione dei risultati.

3.4 Le dimensioni della performance

La metodologia adottata nel Piano si ispira ai modelli presenti in letteratura, tenendo conto delle specificità del contesto ospedaliero, che hanno comportato necessariamente delle personalizzazioni.

In particolare, il modello di riferimento è quello della **Balance Scorecard (BSC)**, la quale è caratterizzata per una visione multidimensionale che risulta particolarmente efficace nella misurazione e valutazione dell'attività di ospedale, evitando di concentrarsi unicamente sulla prospettiva economico – finanziaria e introducendo misure che considerano anche l'orientamento all'utente, la gestione dei processi e lo sviluppo futuro dell'organizzazione.

In particolare, sono state individuate le **dimensioni strategiche della performance**, ovvero:

- **dimensione di performance dell'utente**, in questo ambito sono inclusi gli aspetti di maggior interesse diretto per l'utente, quali ad esempio i percorsi di accesso, l'integrazione con il territorio, gli esiti garantiti sulla base delle prestazioni effettuate;
- **dimensione di performance dei processi interni**, in questo ambito sono inclusi aspetti importanti dal punto di vista organizzativo, talvolta non immediatamente riconoscibili da parte degli utenti finali, ma comunque fondamentali per garantire adeguati standard di qualità ed il pieno rispetto delle normative. Si pensi, ad esempio, allo svolgimento in modo efficiente di adeguati volumi di produzione, alla gestione del rischio clinico ed alla qualità, ma anche al rispetto delle normative sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza;
- **dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo**, per tutte le strutture sanitarie, ma soprattutto per un'azienda come l'AORN A. Cardarelli, è fondamentale garantire una costante attenzione all'innovazione tecnica, oltre ad azioni che assicurino lo sviluppo professionale di chi vi opera;
- **dimensione di performance della sostenibilità**, in questo ambito sono inclusi aspetti che devono garantire la sostenibilità nel tempo delle attività e dei servizi erogati, sia in termini economico-finanziari (assicurando il necessario equilibrio), sia per quanto attiene agli investimenti (assicurando così il necessario sostegno all'innovazione ed allo sviluppo), sulla base delle risorse disponibili.

Alcuni obiettivi potrebbero essere allocati anche in diverse dimensioni di *performance*, in quanto impattano in modo ampio sull'organizzazione e sui servizi erogati e, pertanto, si è deciso di collocarli secondo una logica di prevalenza. La direzione strategica, nel perseguire le finalità istituzionali aziendali, viene supportata dalle strutture amministrative che, ciascuno per la propria competenza, attuano gli obiettivi strategici e generali affidatigli.

3.5 Gli obiettivi di mandato

Anche per l'anno 2025 sono riproposti gli obiettivi pluriennali previsti dalle Delibere di Giunta Regionale di incarico (DGR 326/2022 – DCA 69/17 – DCA 103/18) che rappresentano un riferimento prioritario per l'azione aziendale. Gli obiettivi di mandato sono articolati in:

- obiettivi di carattere generale;

- obiettivi specifici;
- obiettivi tematici.

3.6 Gli obiettivi di carattere generale

Gli obiettivi di carattere generale sono rivolti agli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti governativi e regionali, affidati alla Direzione Strategica e, tramite il sistema c.d. “a cascata”, attribuiti ai dirigenti apicali (Direttori di UU.OO.CC. e Direttori UU.OO.SS.DD.) ed a loro volta ai dirigenti e dipendenti afferenti alle medesime Strutture (sanitarie ed amministrative):

- il raggiungimento dell’equilibrio economico finanziario dell’Azienda, attraverso la razionalizzazione dei costi, il conseguimento dei ricavi aziendali, la continuazione delle iniziative ed azioni di cui al piano di efficientamento e riqualificazione, avviato nei precedenti esercizi finanziari, nonché eventuali ulteriori provvedimenti di risparmio di spesa;
- la prosecuzione e la conclusione delle azioni dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso l’attuazione del percorso della certificabilità dei bilanci (PAC) e dell’adozione di un sistema uniforme ed unico a livello regionale per l’effettuazione della contabilità analitica (DCA 67/2019);
- la prosecuzione del rispetto dei tempi di pagamento, al fine di ottemperare alle disposizioni comunitarie e nazionali previste;
- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dal Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il processo di pianificazione strategica si conclude con l’indicazione, da parte della Direzione Generale, degli obiettivi per le attività amministrative e la gestione operativa aziendale. Le fasi ed i soggetti coinvolti sono descritti nel proseguo del documento. In questa sede è utile evidenziare che gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Generale sono stati definiti coerentemente con le linee programmatiche dalla Regione Campania (vedi D.P.G.R.C. n. 106 del 04/08/2022 ad oggetto “A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli - Direttore Generale. Determinazioni”).

Pertanto, gli obiettivi strategici sono da intendersi quali obiettivi di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder, programmati su base triennale, aggiornati annualmente sulla base delle priorità politiche dell’amministrazione.

Così come individuato dalla summenzionata Delibera di nomina, si riportano gli obiettivi specifici e tematici:

- **garanzia dei livelli essenziali di assistenza** monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito “CORE” del Nuovo Sistema di Garanzia;

- **il rispetto dei tempi di attesa** e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- **continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei Flussi Informativi**;
- **obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale**;
- **digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali.
- **erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico** secondo le linee di indirizzo regionali.

La realizzazione degli obiettivi previsti per l'anno 2025, prevede un insieme coordinato di azioni, già avviate in un'ottica pluriennale, sulle quali sono stati coinvolte una pluralità di UU.OO..

In alcuni casi si tratta di temi già consolidati all'interno dell'Azienda, in altri di argomenti affrontati ma per i quali non si è ancora riusciti a conseguire risultati apprezzabili e, per i quali, vanno perpetuate le azioni e le iniziative in corso.

Tali obiettivi ed indicatori sono considerati, ripresi nell'albero della performance aziendale, e nella conseguente declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi, assegnati ai Centri di Responsabilità ed ai singoli professionisti, nell'ambito del processo di budget.

Con riferimento alla dimensione della performance si osservi la tabella che segue:

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
<u>Utente</u>	Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	Vision aziendale
	Rispetto dei tempi di attesa e monitoraggio attività libero professionale (ALPI)	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico
	Soddisfazione delle esigenze di salute dei soggetti assistiti attraverso il miglioramento della qualità dei servizi erogati	Vision aziendale
	Orientamento al risultato piuttosto che al mero adempimento	Vision aziendale
	Efficiente e razionale impiego delle risorse disponibili per assicurare lo sviluppo dei servizi	Vision aziendale

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
<u>Processi interni</u>	Rispetto degli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche previste	Obiettivi di mandato del DG di carattere tematico
	Prosecuzione delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Obiettivi di mandato del DG di carattere tematico
	erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali	Obiettivi di mandato del DG di carattere tematico
	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
Processi interni (Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG)	Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (H02Z) • Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario (H04Z) • Proporzioe di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (H05Z) • Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (H13C) • Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti (H17C) • Proporzioe di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. (H03C) • Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico. (H23C) • Riduzione ricoveri diurni di tipo diagnostico, • Riduzione degli accessi di tipo medico • Riduzione gg degenza preoperatori, • % dimissioni con DRG medico oltre soglia negli anziani • Capacità del sistema di garantire i prodotti “driver” (globuli rossi GR) nel rispetto dei livelli quantitativi definiti nella programmazione e rispondenti ai fabbisogni effettivi. (H08ZA) 	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico
	Rispetto degli adempimenti previsti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Obiettivi di mandato del DG - L.190/2012-D.Lgs.33/2013-PNA-ecc.
	Partecipazione diretta e diffusa degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali per svilupparne il senso di appartenenza ed identificazione	Vision aziendale
Innovazione e sviluppo	Promozione della formazione come strumento di qualificazione e miglioramento continuo	Vision aziendale

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
<u>Sostenibilità</u>	Raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale

3.7 Gli obiettivi operativi

Nella logica di elaborazione dell'albero della performance e in conformità alla programmazione sanitaria nazionale/regionale ogni obiettivo strategico è articolato in molteplici obiettivi operativi .

Per ciascun **obiettivo operativo** è definito:

- un indicatore, attraverso il quale ne viene misurato il raggiungimento, in virtù di idonei principi di trasparenza e linearità;
- le responsabilità organizzative, ovvero le unità operative di struttura complessa e semplice dipartimentale assegnatarie dell'obiettivo;
- i target assegnati, ovvero il valore obiettivo atteso, e - distintamente per ciascuna unità organizzativa - i pesi assegnati nell'ambito della complessiva valutazione della *performance*;
- il peso, l'incidenza dell'obiettivo sulla performance dell'unità operativa.

Le quattro prospettive della *BSC* (creazione del valore, orientamento all'utente, gestione per processi e sviluppo futuro dell'organizzazione) sono state adattate a quello specifico dell'Azienda, individuando quindi delle prospettive diverse attraverso cui può essere misurata e valutata la performance ai vari livelli (ospedale nel suo complesso, direzioni, dipartimenti, unità operative complesse e semplici dipartimentali, unità operative semplici, persone). In particolare le prospettive che, partendo da quelle previste dalla *BSC*, sono state adottate per la misurazione e la valutazione della *performance* organizzativa.

L'Azienda focalizza gli obiettivi operativi della performance 2024 in conformità alla programmazione sanitari regionale.

Gli obiettivi operativi per l'anno 2025 sono declinati e codificati per area assistenziale:

- area "Appropriatezza" (codice A): definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi. Rientrano in quest'area gli obiettivi di natura NSG, PNE e rispetto dei tempi nell'erogazione delle consulenze.

- **area “Esiti” (codice E)**: interventi sanitari considerati fondamentali per promuovere la qualità e l’equità dell’assistenza sanitaria. Rientrano in tale categoria gli obiettivi legate alle prestazioni erogate in regime di ricovero programmato, ambulatoriale e azzeramento delle infezioni ospedaliere.

- **area “Servizi sanitari” (codice SS)**: rientrano quelle attività che forniscono servizi funzionali/accessori all’attività dei reparti o servizi diagnostico terapeutico.

- **area “Supporto strategico” (codice ST)**: rientrano le attività di competenza strategica/direzionale dell’Azienda.

Nell’ambito delle suesposte aree assistenziali, gli obiettivi operativi assegnati alle Unità Operative Complesse e alle Unità Operative Semplici Dipartimentali, per l’anno 2025 sono definiti nell’arco di vigenza del PIAO in continuità con gli obiettivi operativi assegnati per l’anno 2024 alle UOC/UOSD stesse, come riportati nel precedente PIAO.

Per l’anno 2025 sono individuati per l’area sanitaria e tecnico-amministrativa i seguenti obiettivi, sia comuni a tutti i Dipartimenti che quelli specifici, raggruppati per ciascun dipartimento, assegnati alle strutture afferenti. Si precisa che all’esito positivo delle verifiche sul raggiungimento degli obiettivi si autorizza alla liquidazione del saldo positivo del fondo di posizione (come previsto dal SMVP vigente).

Nel pieno rispetto della normativa vigente, dei regolamenti aziendali e delle disposizioni derivanti dalla contrattazione collettiva e integrativa applicabile alle diverse aree contrattuali, la Direzione Strategica ha la facoltà di conferire premi al personale dirigente per il riconoscimento di particolari meriti professionali. Tali premi sono volti a valorizzare e incentivare comportamenti e risultati eccellenti in ambiti di rilevante importanza strategica, quali: l’aumento della produttività organizzativa, il miglioramento della qualità e umanizzazione delle cure prestate, nonché l’ottimizzazione e l’efficientamento dei processi aziendali.

Il procedimento per il riconoscimento e l’assegnazione di queste premialità si svolge in modo trasparente e partecipato, coinvolgendo l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

3.8 Obiettivi di livello Dipartimentale

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
GES01	Coordinamento degli obiettivi assegnati alle varie UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD. afferenti al dipartimento	Relazione trimestrale sulle azioni poste in essere per il conseguimento degli obiettivi assegnati alle varie UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD.	SI/NO	100%
FOR01	Eventi formativi da realizzare con altre UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD. afferenti al Dipartimento dei Servizi Strategici di Area Sanitaria	Organizzazione di almeno un evento formativo da realizzare in collaborazione con le UU.OO. del Dipartimento dei Servizi Strategici di Area Sanitaria	SI/NO	100%
FOR02	Pubblicazioni scientifiche tra le varie UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD. appartenenti al dipartimento	Redazione di almeno una pubblicazione scientifica con elevato "impact factor" e indicizzazione in Pub Med	SI/NO	100%
SAN01	Proposte di Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali di interesse dipartimentale	Formulazione di almeno una proposta di PDTA di interesse dipartimentale con priorità per quelli di interesse regionale	SI/NO	100%
SAN02	Formulazione di almeno una proposta in linea con le tematiche trattate negli incontri di dipartimento finalizzati all'analisi delle problematiche comuni (linee guida assistenziali di interesse delle singole UU.OO. o di tutto il dipartimento)	Attivazione della proposta di interesse dipartimentale formulata	SI/NO	100%

3.8 Obiettivi operativi raggruppati per Dipartimento

Dipartimento dell'emergenza e dell'area critica

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A01	Ob. CORE NSG - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni.	Indicatore H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	n. Interventi colec. lapar. e degenza post-operatoria entro 3 gg./n. Interventi colec. lapar.	70%
A03	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	n. dimessi compresi nei DRG non appropriati/ n. dimessi DRG appropriati	0,18
A07	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati).	Rapporto tra DRG complicati sul totale DRG omologhi in degenza ordinaria superiore a 10 gg..	n. dimessi compresi nei DRG complicati/n. dimessi DRG omologhi	0,18
A09	Correttezza compilazione SDO di interesse ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	Percentuale di SDO compilate correttamente ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	n. sdo revisionate/n.sdo inviate in verifica	80%
A10	Rispetto dei tempi per richieste di consulenza in ricovero ordinario.	Percentuale di consulenze in ricovero ordinario evase entro 48h..	n. consulenze evase nei termini/ n. totale consulenze richieste	90%
A11	Attivazione percorso per diagnosi e trattamento patologia rara (ipotensione-liquorale/ipertensione intracranica benigna).	Avvenuta attivazione percorso per diagnosi e trattamento patologia rara.	SI/NO	SI
A13b	Decisione collegiale multidisciplinare sul programma terapeutico per pazienti oncologici.	Percentuale di verbali redatti dopo l'intervento chirurgico.	n. verbali caricati nella piattaforma ROC/n. pazienti operati	80%

A28	Dimissioni entro 36 ore.	Percentuali di dimissioni effettuate nel 36 ore.	(dimissioni effettuate nei tempi/totale dimissioni effettuate)	85%
A39	Trattamento delle lesioni al fegato.	Trattamento non operatorio delle lesioni maggiori traumatiche del fegato.	lesioni al fegato non operate/lesioni al fegato non operate+interventi di lesione al fegato	80%
A44	Alimentazione del registro traumi.	Percentuale di ricoveri per i quali viene compilata la scheda trauma.	schede compilate/traumi verificatisi	70%
A55	Pazienti oncologici deospedalizzati da PS/OBI dopo consulenza oncologica.	Percentuale pazienti oncologici deospedalizzati da PS/OBI dopo consulenza oncologica.	(pazienti oncologici deospedalizzati dopo consulenza da P.S./O.B.I.)/(pazienti oncologici richiesta consulenza da P.S./O.B.I.)	25%
E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%
E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%
E04	Monitoraggio gestione pazienti in lista di attesa chirurgica.	Residuo liste di attesa chirurgiche al 2023.	residuo liste attesa chir. 2023 al 31 dic. 25/residuo lista attesa chir. 2023 al 31 dic. 24	0%
E05	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma Talete Web dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	n. segnalazioni su piattaforma/n. segnalazioni trasmesse dalla UOS Microb. e Virologia	90%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete Web.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete Web.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%

E15	Slot agende settimanali visite mediche.	Saturazione disponibilità agende per visite mediche come da pianificazione.	(slot prenotati/slot disponibili)	100%
S24	Ottimizzazione della dose radiante nei follow-up TAC per pazienti emato-oncologici, rispetto agli standard di riferimento previsti per esami analoghi nel 2024.	Percentuale di riduzione della dose radiante nei follow-up TAC per pazienti emato-oncologici, rispetto agli standard di riferimento previsti per esami analoghi nel 2024.	(dose radiante utilizzata a. 2024-dose radiante utilizzata a. 2025)/dose radiante utilizzata a. 2024	10%
S25	Rispetto dei tempi di refertazione per gli esami urgenti TAC Total Body.	Percentuale di refertazioni evase nelle 48h.	refertazioni evase nei tempi/refertazioni totali	80%
S26	Quantificazione della dose radiante negli esami TAC Total Body.	Percentuale di quantificazione della dose radiante effettuata.	n. quantificazioni effettuate/n. di pazienti per prestazione	80%

Dipartimento chirurgico Polispécialistico

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A03	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	n. dimessi compresi nei DRG non appropriati/ n. dimessi DRG appropriati	0,18
A04	Ob. CORE NSG - Percentuale di pazienti con età superiore a 65 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	Indicatore H13C - Percentuale di pazienti con età superiore a 65 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	n. ricoveri con diagnosi di frattura del femore con paziente operato entro 2gg./n. ricoveri con diagnosi frattura del femore	60%
A07	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati).	Rapporto tra DRG complicati sul totale DRG omologhi in degenza ordinaria superiore a 10 gg..	n. dimessi compresi nei DRG complicati/n. dimessi DRG omologhi	0,18
A08	Volume di intervento di protesi al ginocchio - Ob. PNE condiviso con altra Ortopedia.	Incremento del volume di interventi per protesi di ginocchio finalizzati alla valorizzazione dell'indicatore PNE di riammissione a 30 giorni.	n. di interventi eseguiti	80
A09b	Correttezza compilazione SDO di interesse ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	Percentuale di SDO compilate correttamente ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	n. sdo revisionate/n.sdo inviate in verifica	80%
A13	Decisione collegiale multidisciplinare sul programma terapeutico per pazienti oncologici.	Percentuale di verbali redatti dopo l'intervento chirurgico.	n. verbali caricati nella piattaforma ROC/n. pazienti operati	80%
A19	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi.	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico.	(1-(DH diagnostici 2025/DH diagnostici 2024))	30%
A24	Percorso per le complicanze funzionali dei pazienti sottoposti a chirurgie oncologiche maggiori	Attivazione percorso per le complicanze funzionali dei pazienti sottoposti a chirurgie oncologiche maggiori.	SI/NO	SI
A29	Incentivazione del percorso delle precancerosi orali.	Attivazione del percorso delle precancerosi orali.	SI/NO	SI
A30	Implementazione percorso delle terapie odontoiatriche dei pazienti con disabilità.	Percentuale di incremento verso anno 2024 delle terapie odontoiatriche dei pazienti con disabilità.	(1-terapie odontoiatriche anno 25)/terapie odontoiatriche anno 24	10%
A32	Percorso per dermatologia genitale di interesse urologico.	Attivazione di percorso per dermatologia genitale di interesse urologico.	SI/NO	SI

A37	Rispetto tempi di attesa consulenza per pazienti diabetici.	Percentuale di consulenze in ricovero ordinario evase entro le 48h.	(n. consulenze evase entro i termini/ totale consulenze richieste)	85%
A58	Pazienti deospedalizzati da PS/OBI dopo consulenza specialistica.	Percentuale pazienti oncologici deospedalizzati da PS/OBI dopo consulenza specialistica.	(pazienti oncologici deospedalizzati dopo consulenza da P.S./O.B.I.)/(pazienti oncologici richiesta consulenza da P.S./O.B.I.)	25%
A74	Contenimento tempi medi di attesa ambulatorio maculopatie.	Riduzione di almeno il 5% del tempo medio di attesa ambulatorio maculopatie, classi D e P verso anno 2024.	(tempi medi di attesa a. 2024 - tempi medi di attesa a. 2025)/tempi medi di attesa a. 2024	5%
E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%
E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%
E03	Monitoraggio esito attività di prericovero.	Percentuale di preospedalizzazioni chiuse entro i 30 giorni.	n.preospedalizzazioni chiuse in 30 gg. '2025/n.preospedalizzazioni aperte '2025	90%
E04	Monitoraggio gestione pazienti in lista di attesa chirurgica.	Residuo liste di attesa chirurgiche al 2023.	residuo liste attesa chir. 2023 al 31 dic. 25/residuo lista attesa chir. 2023 al 31 dic. 24	0%
E05	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma TaleteWeb dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	n. segnalazioni su piattaforma/n.segnalazioni trasmesse dalla UOS Microb. e Virologia	90%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su TaleteWeb.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software TaleteWeb.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%
E13	Monitoraggio gestione pazienti in lista di attesa chirurgica pazienti oncologici.	Residuo liste di attesa chirurgiche pazienti oncologici al 2024.	residuo liste attesa chir. 2024 al 31 dic. 2025/residuo lista attesa chir. 2024 al 31 dic. 24	0%

Dipartimento delle tecnologie avanzate diagnostico terapeutiche e dei servizi sanitari

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A06	Indicatore NSG H08Za - autosufficienza emocomponenti (globuli rossi).	Valutazione della variazione % del rapporto tra N° unità GR prodotti e N° Unità GR programmati (nell'anno di rilevazione).	n° unità GR prodotte/ n° Unità GR programmate	43%
A11	Attivazione percorso per diagnosi e trattamento patologia rara (ipotensione-liquorale/ipertensione intracranica benigna).	Avvenuta attivazione percorso per diagnosi e trattamento patologia rara.	SI/NO	SI
A14	PDTA Impianti Placentari Anomali (IPA).	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA.	n. pazienti sottoposti ad embolizzazione preventiva o prima di taglio cesareo/n. pazienti affetti da patologie IPA	90%
A15	PDTA Procedure for Postpartum Hemorrhage Period (PPH).	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA.	n. pazienti sottoposti ad embolizzazione preventiva o dopo taglio cesareo/n. pazienti affetti da patologie varie ostetriche-ginecologiche	90%
A16	PDTA piede diabetico.	Percentuale di riduzione delle amputazioni maggiori (coscia, gamba) per pazienti diabetici.	(amputazioni pazienti a rischio anno 2024- amputazioni pazienti a rischio anno 2025)/amputazioni pazienti a rischio anno 2024	5%
A35	Prestazioni di interventistica.	Incremento delle prestazioni di interventistica.	(1-(prestazioni di interventistica 2024/prestazioni di interventistica 2025))	10%
A38	Trattamento delle patologie spinali percutanea.	Mantenimento dei volumi di trattamenti anno 2024.	volumi anno 2025/volumi anno 2024	100%
A40	Conversione dei Day Hospital in PACC e/o prestazioni ambulatoriali.	Percentuale di riduzione dei DH vs. 2024.	1-(DH 2025/DH 2024)	80%
A72	Percorso tracciabilità informatica delle trasfusioni per l'azienda.	Attivazione percorso tracciabilità informatica delle trasfusioni per l'azienda.	SI/NO	SI
A73	Disponibilità delle unità di sangue dalle donazioni.	Tempi di validazione delle unità di sangue dalla donazione alla pronta disponibilità max 48 ore.	sacche processazione entro 48h/sacche totali	100%

E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%
E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete Web.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete Web.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%
E16	Esami di citofluorimetria per pazienti interni ed esterni.	Percentuale di esami di citofluorimetria effettuati per pazienti sia interni che esterni.	SI/NO	SI
S01	Effettuazione di agoaspirati tiroidei e valutazione dell'adeguatezza durante le sedute effettuate presso la chirurgia tiroidea.	Percentuale di agoaspirati tiroidei effettuati	agoaspirati effettuati/agoaspirati richiesti	100%
S02	Valutazione dell'adeguatezza dei prelievi bioptici effettuati sui reni di pazienti provenienti dalla UOC Nefrologia.	Percentuale di prelievi bioptici effettuati	prelievi bioptici effettuati/prelievi bioptici richiesti	100%
S03	Valutazione di adeguatezza al microscopico dei prelievi effettuati in pneumologia interventistica (solo su richiesta).	Percentuale di analisi di campioni citologici effettuati	controlli citologici effettuati/prelievi richiesti	100%
S04	Controllo dei prelievi.	Partecipazioni alle attività di controllo dei prelievi in pneumologia interventistica.	SI/NO	SI
S05	Valutazione dell'adeguatezza al microscopio dei campioni citologici e talora bioptici effettuati nelle sedute di radiologia.	Percentuale di analisi di campioni citologici effettuati	controlli citologici effettuati/prelievi richiesti	100%
S06	Controllo delle biopsie e dei prelievi.	Partecipazioni alle attività della radiologia per controllo delle biopsie e dei prelievi.	SI/NO	SI
S07	Turn Around Time, rispetto dei tempi di refertazione.	Percentuale di campioni refertati nei tempi richiesti (15 gg lavorativi)	referti rilasciati entro 15 gg lavorativi/referti totali	90%

S08	Consolidamento del DH per pazienti fragili preso la UOC di Genetica Medica e di Laboratorio.	Ricoveri in Day Hospital per pazienti affetti da disabilità e/o malattia rara.	n.ro pazienti ricoverati in DH	30,00
S09	Implementazione dell'ambulatorio dedicato di Neuro genetica.	Percentuale di incremento accessi ambulatorio di neogenetica.	(accessi ambulatorio 2025- accessi ambulatorio 2024)/accessi ambulatorio 2024	10%
S10	Refertazione di esomi clinici relativi a pazienti affetti da malattia rara non diagnosticata con metodica NGS.	Incremento delle refertazione di esomi clinici relativi a pazienti affetti da malattia rara non diagnosticata con metodica NGS.	(n.ro campioni di esoma 2025-n.ro campioni di esoma 2024)/n.ro campioni di esoma 2024	10%
S11	Integrazione delle analisi in NGS su tessuto neoplastico in pazienti oncologici per profilazione genomica a fini prognostici e terapeutici.	Incremento delle analisi in NGS su tessuto neoplastico in pazienti oncologici per profilazione genomica a fini prognostici e terapeutici.	(n. analisi in NGS 2025- n.analisi in NGS 2024)/n. analisi in NGS 2024	10%
S12	Incremento dei volumi di PET-TC eseguiti.	Percentuale d'incremento prestazioni PET-TC verso anno 2024.	(n. PET-TC eseguita 2025-n. PET-TC eseguita 2024)/(n. PET-TC eseguita 2024)	20%
S13	Percorso diagnostico PET-TC per esterni.	Attivazione percorso diagnostico PET-TC per cittadini non ricoverati.	SI/NO	SI
S14	Programmazione di attività diagnostica di medicina nucleare.	Attività diagnostica di medicina nucleare da espletare in max 72h in relazione ai pazienti oncologici ricoverati.	attività diagnostica espletata in 72h relativa ai pazienti oncologici/attività diagnostica totale pazienti oncologici	80%
S15	Refertazioni esami medicina nucleare rilasciate nei tempi.	Percentuale rilascio referti entro 72h lavorative	referti rilasciati entro 72h/referti totali	100%
S16	Dosimetria pazienti nelle procedure di radioembolizzazione in medicina nucleare.	Dosimetria pazienti per i quali viene effettuata procedura di radioembolizzazione in medicina nucleare.	n. pazienti per i quali effettuata dosimetria/n. pazienti che accedono alla radioembolizzazione	85%
S17	Definizione di una procedura aziendale per l'erogazione di prestazioni in service verso altre strutture sanitarie.	Avvenuta realizzazione di procedura.	SI/NO	SI

S18	Implementazione attività di sorveglianza ESBL (beta- lattamasi a spettro esteso) nelle Enterobacteriaceae.	Report trimestrale.	n. report inviati	4
S19	Riduzione media di 4 giorni lavorativi per una percentuale dei campioni effettuati dei tempi di attesa referti test anticorpi anti-Recettore dell'acetilcolina (AChR-Ab).	Percentuale di campioni refertati con riduzione tempo medio vs anno 2024 >=4gg.	media tempi refertazione 2024-media tempi di refertazione 2025	95%
S20	Riduzione media di 4 giorni lavorativi per una percentuale dei campioni effettuati dei tempi di attesa referti test anticorpi anti-muscolo specifico recettore tirosin kinasi(MuSK-Ab).	Percentuale di campioni refertati con riduzione tempo medio vs anno 2024 >=4gg	media tempi refertazione 2024-media tempi di refertazione 2025	95%
S21	Rispetto dei tempi di refertazione.	Percentuale di refertazioni, sia interne che esterne, evase entro 72h solari.	refertazioni evase nei tempi/refertazioni totali	90%
S22	Copertura e screening al 100% del personale soggetto a rischio radiologico (RX, RM, LASER).	Percentuale personale sottoposto a rischio radiologico che ha ricevuto lo screening.	n. personale sottoposto a rischio radiologico che ha ricevuto lo screening/ n. totale Personale sottoposto a rischio radiologico	95%
S23	Verifiche di radioprotezione apparecchiature radiologiche.	Percentuale di verifiche di radioprotezione apparecchiature radiologiche e di sicurezza RM.	n. apparecchiature sottoposte a verifica radioprotezione e sicurezza/n. apparecchiature totali	100%
S24	Ottimizzazione della dose radiante nei follow-up TAC per pazienti emato-oncologici, rispetto agli standard di riferimento previsti per esami analoghi nel 2024.	Percentuale di riduzione della dose radiante nei follow-up TAC per pazienti emato-oncologici, rispetto agli standard di riferimento previsti per esami analoghi nel 2024.	(dose radiante utilizzata a. 2024-dose radiante utilizzata a. 2025)/dose radiante utilizzata a. 2024	10%
S26 b	Quantificazione della dose radiante negli esami TAC Total Body.	Percentuale di quantificazione della dose radiante effettuata.	n. quantificazioni effettuate/n. di pazienti per prestazione	80%
S31	“Percorso Donna” dedicato alla diagnosi e del trattamento della “sindrome da congestione pelvica” (SCP), patologia caratterizzata da un ristagno di sangue nelle vene pelviche, e che è causa di dolore pelvico cronico, spesso confuso con “lombalgia” dismenorrea, dispareunia e sintomi correlati.	Attivazione del "Percorso Donna" dedicato alla diagnosi e del trattamento della “sindrome da congestione pelvica” (SCP).	SI/NO	SI

S32	Percorso interno per pazienti provenienti dal G.O.M. differenziato dal follow-up	Attivazione percorso interno per pazienti provenienti dal G.O.M. differenziato dal follow-up	SI/NO	SI
S33	Rispetto dei tempi, come da linee guida, per esecuzione procedure diagnostiche e terapeutiche endovascolari per stroke ischemico.	Percentuale di tac diagnostiche effettuate nei 30 min., puntura arteria femorale e trattamento entro 90 min.	procedure effettuate nei tempi/totale procedure da stroke	90%

Dipartimento medico polispecialistico

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A03	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	n. dimessi compresi nei DRG non appropriati/ n. dimessi DRG appropriati	0,18
A07	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati).	Rapporto tra DRG complicati sul totale DRG omologhi in degenza ordinaria superiore a 10 gg..	n. dimessi compresi nei DRG complicati/n. dimessi DRG omologhi	0,18
A09	Correttezza compilazione SDO di interesse ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	Percentuale di SDO compilate correttamente ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	n. sdo revisionate/n.sdo inviate in verifica	80%
A10	Rispetto dei tempi per richieste di consulenza in ricovero ordinario.	Percentuale di consulenze in ricovero ordinario evase entro 48h..	n. consulenze evase nei termini/ n. totale consulenze richieste	90%
A19	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi.	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico.	(1-(DH diagnostici 2025/DH diagnostici 2024))	30%
A26	Rispetto tempi di attesa per la consulenza nel percorso fratture di femore come previsto dal regolamento aziendale.	Percentuale di consulenze evase entro i termini.	(n. consulenze evase entro i termini/ totale consulenze richieste)	100%
A46	Conversione dei Day Hospital in PACC relativi ai follow-up dopo un anno dei pazienti trapiantati di fegato.	Percentuale di pazienti dei DH convertiti in PACC.	n. PACC anno 2024/n. PACC anno 2025	50%
A47	Incentivazione attività di DH per i pazienti provenienti dal P.S. per trattamento con Ferrinject.	Percentuale di incremento annuale.	(pazienti infusi con Ferrinject a.2025-pazienti infusi con Ferrinject a.2024)/pazienti infusi con Ferrinject a.2024	10%
A48	Trasferimento di pazienti in degenza ordinaria verso l'attività di DH terapeutici.	Attivazione dei DH terapeutici.	SI/NO	SI
A63	Incentivazione dell'attività di diagnostica (ecocardiografia) per i pazienti interni.	Percentuale di incremento dell'attività di ecocardiografia per i pazienti interni.	(diagnostica per pazienti interni 2025-diagnostica per pazienti interni 2024)/diagnostica per pazienti interni 2024	10%
A75	PDTA piede diabetico.	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA.	richiesta di amputazioni maggiori/ricieste consulenze da P.S. OBI per piede diabetico	5%

A76	Incentivazione dell'attività di diagnostica strumentale: ecocardiografia, doppler, doppler vascolare, holter ECG, holter pressione arteriosa ed eco addome per i pazienti interni.	Percentuale di incremento dell'attività di diagnostica per i pazienti interni.	(diagnostica per pazienti interni 2025-diagnostica per pazienti interni 2024)/diagnostica per pazienti interni 2024	5%
A77	Incentivazione dell'attività di diagnostica strumentale: ecocardiografia, holter pressorio eco-doppler artero-venoso degli arti inferiori per i pazienti interni.	Percentuale di incremento dell'attività di diagnostica per i pazienti interni.	(diagnostica per pazienti interni 2025-diagnostica per pazienti interni 2024)/diagnostica per pazienti interni 2024	10%
A78	Incentivazione dell'attività di diagnostica strumentale: ecocardiografia, holter pressorio eco-doppler artero-venoso degli arti inferiori per i pazienti esterni.	Percentuale di incremento dell'attività di diagnostica per i pazienti interni.	(diagnostica per pazienti esterni 2025-diagnostica per pazienti esterni 2024)/diagnostica per pazienti esterni 2024	5%
A79	Rispetto dei tempi per richiesta di consulenza proveniente da P.S./O.B.I..	Percentuale di consulenze evase entro 48h..	n. consulenze evase nei termini/ n. totale consulenze richieste	90%
A80	Potenziamento attività di agoaspirato tiroideo.	Incremento attività di agoaspirato tiroideo verso anno 2024.	(attività di agoaspirato a.2025-attività di agoaspirato a.2024)/attività di agoaspirato a.2024	10%
A81	Ambulatorio malattie rare endocrine.	Attivazione ambulatorio malattie rare endocrine in collaborazione con altre UOC e istituti di ricerca.	SI/NO	SI
E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%
E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%
E05	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma TaleteWeb dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	n. segnalazioni su piattaforma/n. segnalazioni trasmesse dalla UOS Microb. e Virologia	90%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete Web.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete Web.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%
E18	Potenziamento cartella informatizzata nel work flow clinico quotidiano.	Implementazione della cartella clinica informatizzata con integrazione di check list per procedure standard.	SI/NO	SI

E19	Incrementare partecipazione a studi multicentrici e trial clinici.	Pubblicazione di articoli scientifici su riviste indicizzate.	n. pubblicazioni rilasciate	3
------------	--	---	-----------------------------	---

Dipartimento reti – tempo dipendenti

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A03	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	n. dimessi compresi nei DRG non appropriati/ n. dimessi DRG appropriati	0,18
A07	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati).	Rapporto tra DRG complicati sul totale DRG omologhi in degenza ordinaria superiore a 10 gg..	n. dimessi compresi nei DRG complicati/n. dimessi DRG omologhi	0,18
A09	Correttezza compilazione SDO di interesse ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	Percentuale di SDO compilate correttamente ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	n. sdo revisionate/n.sdo inviate in verifica	80%
A10	Rispetto dei tempi per richieste di consulenza in ricovero ordinario.	Percentuale di consulenze in ricovero ordinario evase entro 48h.	n. consulenze evase nei termini/ n. totale consulenze richieste	90%
A11	Attivazione percorso per diagnosi e trattamento patologia rara (ipotensione-liquorale/ipertensione intracranica benigna).	Avvenuta attivazione percorso per diagnosi e trattamento patologia rara.	SI/NO	SI
A21	Percorso diagnostico e terapeutico aziendale per MIASTENIA GRAVIS.	Attivazione percorso diagnostico e terapeutico aziendale per MIASTENIA GRAVIS.	SI/NO	SI
A22	STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero.	Percentuale trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso.	pazienti trattati entro 90 min/pazienti totali	70%
A27	Percorsi diagnostici combinati con ENG-EMG ed ecografia nelle lesioni traumatiche e compressive del sistema nervoso periferico.	Attivazione percorsi diagnostici combinati con ENG-EMG ed ecografia nelle lesioni traumatiche e compressive del sistema nervoso periferico.	SI/NO	SI
A31	Classificazione prestazioni interne in classi di complessità in relazione alla sede di esecuzione.	Attivazione della classificazione prestazioni interne in classi di complessità in relazione alla sede di esecuzione.	SI/NO	SI
A33	Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC).	Attivazione percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC).	SI/NO	SI
E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%

E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%
E05	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma TaleteWeb dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	n. segnalazioni su piattaforma/n.segnalazioni trasmesse dalla UOS Microb. e Virologia	90%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su TaleteWeb.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software TaleteWeb.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%

Dipartimento integrato oncoematologico e toraco - polmonare

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A03	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	n. dimessi compresi nei DRG non appropriati/ n. dimessi DRG appropriati	0,18
A07	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati).	Rapporto tra DRG complicati sul totale DRG omologhi in degenza ordinaria superiore a 10 gg..	n. dimessi compresi nei DRG complicati/n. dimessi DRG omologhi	0,18
A09	Correttezza compilazione SDO di interesse ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	Percentuale di SDO compilate correttamente ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	n. sdo revisionate/n.sdo inviate in verifica	80%
A10	Rispetto dei tempi per richieste di consulenza in ricovero ordinario.	Percentuale di consulenze in ricovero ordinario evase entro 48h..	n. consulenze evase nei termini/ n. totale consulenze richieste	90%
A12b	Decisione collegiale multidisciplinare sul programma terapeutico per pazienti oncologici.	Percentuale di verbali redatti prima dell'intervento chirurgico.	n. verbali caricati nella piattaforma ROC/n. pazienti operati	80%
A36	Potenziamento sanità digitale: percorsi di telemedicina. Televisita per pazienti eleggibili affetti da fibrosi polmonare ed asma grave in trattamento cronico	Percentuale di incremento Televisita per pazienti eleggibili affetti da fibrosi polmonare ed asma grave in trattamento cronico verso anno 2024.	(pazienti in televisitati anno 2025- pazienti in televisitati anno 2024)/(pazienti in televisitati anno 2024)	50%
A42	Miglioramento della complessità delle prestazioni in DH.	Percentuale di incremento dei DH terapeutici verso anno 2024.	(n. DH terap. diagn. avanzati a.2025 - n. DH terap. diagn. avanzati a.2024) /n. DH terap. diagn. avanzati a.2024	10%
A43	Trapianti Allogeni VS parametro nazionale previsto per i Centri Trapianti di Midollo.	Effettuare nel 2025 un numero di trapianti allogeni di CSE in linea con quanto richiesto a livello Nazionale dalle competent authority (Centro Nazionale Trapianti), ai fini dell'accreditamento.	n. trapianti allogeni	10
A45	Riduzione tempi di attesa del paziente onco-ematologico	Percentuale di pazienti con attesa inferiore ai tre giorni.	n. pazienti onco-ematologici attesa <3 gg/n. pazienti onco-ematologici totali	100%
A49	Conversione dei Day Hospital in PACC per i pazienti talassemici.	Percentuale di pazienti dei DH convertiti in PACC.	n. PACC anno 2025-n. PACC anno 2024/n. PACC anno 2024	5%

A50	Potenziamento dell'attrattività extra-regione.	Percentuale di incremento semestre 2/2025 verso semestre 2/2025.	(attrattività 2° Sem '25-attrattività 1° sem '25) / (attrattività 1° sem '25)	10%
A51	Pazienti talassemici major trasfusi secondo gli standard internazionali.	Percentuale di pazienti talassemici major trasfusi secondo gli standard internazionali.	pazienti talassemici trasfusi secondo gli standard/pazienti talassemici	90%
A52	Conversione di pazienti in DH terapeutici vs attività ambulatoriale.	Percentuale di conversione dei DH terapeutici vs. attività ambulatoriale.	(DH terapeutici 2024-DH terapeutici 2025)/DH terapeutici 2024	5%
A53	Incremento dei pazienti trasferiti in ingresso in area semintensiva respiratoria da reparti intensivi o Medicina d'Urgenza.	Percentuale di incremento verso anno 2024.	(trasferimenti 2025-trasferimenti 2024)/trasferimenti 2024	20%
A54	Incremento delle procedura invasive (toracentesi/drenaggio) in attività ambulatoriale/DH per patologia pleurica.	Percentuale di incremento verso anno 2024.	(procedure invasive anno 2025-procedure invasive anno 2024)/(procedure invasive anno 2024)	10%
A55	Pazienti oncologici deospedalizzati da PS/OBI dopo consulenza oncologica.	Percentuale pazienti oncologici deospedalizzati da PS/OBI dopo consulenza oncologica.	(pazienti oncologici deospedalizzati dopo consulenza da P.S./O.B.I.)/(pazienti oncologici richiesta consulenza da P.S./O.B.I.)	25%
A56	Incremento di pazienti oncologici presi in carico con verbale G.O.M..	Percentuale di incremento verso anno 2024.	(pazienti presi in carico anno 2025-pazienti presi in carico anno 2024)/pazienti presi in carico anno 2024.	10%
A57	Implementazione percorsi ambulatoriali complessi e coordinati.	Percentuale di viraggio ai PACC dei DH diagnostici/chemioterapici.	PACC attivati/(DH diagnostici+chemioterapici + PACC)	10%
A70	Trapianti autologhi VS parametro nazionale previsto per i Centri Trapianti di Midollo.	Effettuare nel 2025 un numero di trapianti autologhi di CSE in linea con quanto richiesto a livello Nazionale dalle competent authority (Centro Nazionale Trapianti), ai fini dell'accreditamento.	n. trapianti autologhi	20
A71	Infusione farmaci in pazienti affetti da malattia rara in regime ambulatoriale.	Attivazione infusione farmaci in pazienti affetti da malattia rara in regime ambulatoriale.	SI/NO	SI
E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%
E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%

E03	Monitoraggio esito attività di prericovero.	Percentuale di preospedalizzazioni chiuse entro i 30 giorni.	n. preospedalizzazioni chiuse in 30 gg. '2025/n. preospedalizzazioni aperte '2025	90%
E05	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma Talete Web dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	n. segnalazioni su piattaforma/n. segnalazioni trasmesse dalla UOS Microb. e Virologia	90%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete Web.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete Web.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%
E12	Prima visita oncologica erogata entro 10 gg. dalla prenotazione.	Percentuale di erogazione prima visita oncologica erogata entro 10 gg. dalla prenotazione.	prime visite oncologiche effettuate entro 10 gg./totale prenotazioni prime visite oncologiche	90%

Dipartimento di chirurgia generale e della salute della donna

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A01	Ob. CORE NSG - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni.	Indicatore H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	n. interventi colec. lapar. e degenza post-operatoria entro 3 gg./n. interventi colec. lapar.	70%
A02	Ob. CORE NSG - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti nei reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui.	Indicatore H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti.	n. interventi anno 2024 eseguiti	150
A03	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	n. dimessi compresi nei DRG non appropriati/ n. dimessi DRG appropriati	0,18
A05	Ob. CORE NSG - Percentuale di parti cesarei primari in maternità di I livello (< 1000 parti) con nessun pregresso cesareo NPC.	Indicatore H17C - Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NB percentuale con le indicazioni del PNE è differente in relazione alla complessità delle pazienti con il previsto risk ajustement.	dimissioni con parto cesareo primario/totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	20%
A07	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati).	Rapporto tra DRG complicati sul totale DRG omologhi in degenza ordinaria superiore a 10 gg..	n. dimessi compresi nei DRG complicati/n. dimessi DRG omologhi	0,18
A09	Correttezza compilazione SDO di interesse ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	Percentuale di SDO compilate correttamente ai fini del calcolo degli indicatori del PNE costituenti il Tree Map.	n. SDO revisionate/n. SDO inviate in verifica	80%
A10	Rispetto dei tempi per richieste di consulenza in ricovero ordinario.	Percentuale di consulenze in ricovero ordinario evase entro 48h..	n. consulenze evase nei termini/ n. totale consulenze richieste	90%
A12	Decisione collegiale multidisciplinare sul programma terapeutico per pazienti oncologici.	Percentuale di verbali redatti prima dell'intervento chirurgico.	n. verbali caricati nella piattaforma ROC/n. pazienti operati	80%

A13b	Decisione collegiale multidisciplinare sul programma terapeutico per pazienti oncologici.	Percentuale di verbali redatti dopo l'intervento chirurgico.	n. verbali caricati nella piattaforma ROC/n. pazienti operati	80%
A14b	PDTA Impianti Placentari Anomali (IPA).	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA.	n. pazienti sottoposti ad embolizzazione preventiva o prima di taglio cesareo/n. pazienti affetti da patologie IPA	90%
A17	Attivazione di percorso per metodiche alternative della chirurgia della tiroide e paratiroide.	Avvenuta attivazione percorso per metodiche alternative della chirurgia della tiroide e paratiroide.	SI/NO	SI
A20	Percentuale interventi eseguiti su pazienti ricoverati.	Percentuale di interventi eseguiti.	pazienti sottoposti a procedura chirurgica/pazienti ricoverati	70%
A34	Attivazione di un setting assistenziale appropriato.	Percentuale di pazienti trattati con setting assistenziale appropriato.	pazienti trattati in day surgery + pazienti in ricovero ordinario/pazienti in week surgery	20%
E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%
E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%
E03	Monitoraggio esito attività di prericovero.	Percentuale di preospedalizzazioni chiuse entro i 30 giorni.	n.preospedalizzazioni chiuse in 30 gg. '2025/n.preospedalizzazioni aperte '2025	90%
E04	Monitoraggio gestione pazienti in lista di attesa chirurgica.	Residuo liste di attesa chirurgiche al 2023.	residuo liste attesa chir. 2023 al 31 dic. 25/residuo lista attesa chir. 2023 al 31 dic. 24	0%
E05	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma TaleteWeb dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	n. segnalazioni su piattaforma/n.segnalazioni trasmesse dalla UOS Microb. e Virologia	90%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su TaleteWeb.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software TaleteWeb.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%
E07	Monitoraggio gestione pazienti in lista di attesa chirurgica.	Residuo liste di attesa chirurgiche al 2024.	residuo liste attesa chir. 2024 al 31 dic. 2025/residuo lista attesa chir. 2024 al 31 dic. 24	0%
E14	Monitoraggio gestione pazienti in lista di attesa chirurgica, codici di priorità C e D.	Residuo liste di attesa chirurgiche al 2023.	residuo liste attesa chirurgica 2023 al 31-12-2025/residuo lista attesa chirurgica 2023 al 31-12-24	0%
E17	Degenza media pre-operatoria nei pazienti programmati <1 giorno.	Contenimento degenza media pre-operatoria nei pazienti programmati a max 1 giorno.	totali ricoveri con degenza pre-operatorie <= 1gg/totale ricoveri programmati	100%

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
A07	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati).	Rapporto tra DRG complicati sul totale DRG omologhi in degenza ordinaria superiore a 10 gg..	n. dimessi compresi nei DRG complicati/n. dimessi DRG omologhi	0,18
A10	Rispetto dei tempi per richieste di consulenza in ricovero ordinario.	Percentuale di consulenze in ricovero ordinario evase entro 48h..	n. consulenze evase nei termini/ n. totale consulenze richieste	90%
A18	Miglioramento della performance di degenza media dei ricoveri ordinari.	Contenimento della degenza media da flussi aziendali dei ricoveri ordinari verso anno 2024.	1-(tempi medi di ricovero 2025/tempi medi di ricoveri 2024)	5%
A23	Efficienza del processo di donazione.	Percentuale di donatori su decessi con lesioni cerebrali.	(n. donatori/n. decessi con lesioni cerebrali)	16%
A26	Rispetto tempi di attesa per la consulenza nel percorso fratture di femore come previsto dal regolamento aziendale.	Percentuale di consulenze evase entro i termini.	(n. consulenze evase entro i termini/ totale consulenze richieste)	100%
A59	Attivazione sanità digitale: percorsi di telemedicina. Televisita per pazienti eleggibili.	Attivazione televisita per pazienti eleggibili .	SI/NO	SI
A60	Neuromodulazione farmacologica in dolore cronico.	Attivazione neuro modulazione farmacologica in dolore cronico.	SI/NO	SI
A64	Consolidamento attività di neuro modulazione.	Incremento delle attività propedeutiche all'attivazione dei neurostimolatori midollari, periferici e radiofrequenza antalgica verso anno 2024.	(pazienti neuromodulati 2025-pazienti neuromodulati 2024)/pazienti neuromodulati 2024	30%
A65	Frequenza al corso PNRR sulle infezioni correlate all'assistenza entro il 30/06/2025.	Partecipazione, e completamento, di 3 moduli da parte del 50% del personale al corso PNRR sulle infezioni correlate all'assistenza entro il 30/06/2025.	personale partecipante al corso/personale in carico UOC	50%
A66	Attività formativa sulla comunicazione e percorso fine vita.	Partecipazione del 50% dei dirigenti medici al corso sulla comunicazione e percorso fine vita.	dirigenti medici partecipanti al corso/dirigenti medici in carico UOC	50%
A67	Percorso ultrafiltrazione pazienti epatopatici.	Attivazione percorso ultrafiltrazione pazienti epatopatici.	SI/NO	SI

A68	Percorso endoscopie in sedazione.	Attivazione percorso endoscopie in sedazione.	SI/NO	SI
E01	Corretta gestione pazienti ambulatoriali su CUP Unico Regionale, validazione delle prestazioni erogate.	Percentuale prenotazioni erogate validate.	prenotazioni erogate validate/totale prenotazioni	100%
E02	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	Utilizzo della sola cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzate.	n. cartelle cliniche informatizzate amb. o PACC/n. totale prenotazioni prestazioni amb. o PACC	100%
E05	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma Talete Web dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	n. segnalazioni su piattaforma/n. segnalazioni trasmesse dalla UOS Microb. e Virologia	90%
E06	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete Web.	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete Web.	segnalazioni inoltrate/eventi avversi verificatisi	100%
E08	Registro dei decessi con lesione cerebrale.	Implementazione, con report trimestrale, del registro dei decessi con lesione cerebrale nella rianimazione di riferimento	n. report rilasciati	4
E09	Opposizioni sul totale delle segnalazioni.	Percentuale di opposizioni sul totale segnalazioni.	(n. di opposizioni/n. totale segnalazioni)	37%
E10	Livello qualitativo delle attività di procurement.	Identificazione dei potenziali donatori di organi.	(n. segnalazioni/n. decessi con lesioni cerebrali)	25%
E11	Prestazioni ambulatoriali per il follow-up neonati prematuri.	Monitoraggio del follow-up dei neonati prematuri e/o di basso peso (< 1500 g.) dimessi al domicilio dalla T.I.N.	(n. prestazioni follow-up per bambini nati prematuri (<1500 g) /Totale di bambini nati prematuri (<1500g)) * 100	100%

Dipartimento servizi strategici di area sanitaria

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	target
ST49	Applicazione e controllo del rispetto dei percorsi indicati dal piano di gestione del percorso del paziente chirurgico programmato.	Attivazione e monitoraggio piano del percorso chirurgico.	SI/NO	SI
ST25	Trasmissione flussi pazienti preospedalizzati.	Trasmissione flussi trimestrali pazienti preospedalizzati.	n. flussi inviati	4
S47	Preospedalizzazione centralizzata per le procedure chirurgiche programmate.	Percentuale di pazienti preospedalizzati per le procedure chirurgiche programmate.	n. di ricoveri chirurgici con preospedalizzazione centralizzata/n. totale ricoveri chirurgici programmati	85%
S42	Compilazione cartella informatizzata per la preospedalizzazione.	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici e infermieristici).	completezza della documentazione analizzata nei campi nel giorno indice/num. cartelle valutate	85%
S46	Aggiornamento, manutenzione e monitoraggio agende A.L.P.I..	Relazione semestrale sulle attività svolte.	n. relazioni rilasciate	2
S45	Trasmissione flussi pazienti ricoverati attività intramuraria.	Trasmissione flussi trimestrali pazienti ricoverati intramuraria.	n. flussi inviati	4
S44	Report trimestrale monitoraggio volumi di attività intramoenia vs istituzionale con risoluzioni di eventuali discrasie.	Report rilasciati relativi al monitoraggio dell'attività intramoenia.	n. report pubblicati	4
S43	Somministrazione di questionari per la rilevazione della qualità dell'assistenza percepita dell'attività intramuraria in reparto.	Livello di qualità percepita dagli utenti relativamente ai servizi assistenziali.	Livello di gradimento percepito	4,5
ST46 b	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso.	Percentuale pratiche trattate in copertura assicurativa.	n° dei sinistri trattati /n. proposte conciliative pervenute	85%
S36	Autorizzazione alla cremazione di cadavere (D.P.R. n° 285 del 10.09.1990, legge 30 marzo 2001 n. 130).	Completamento iter medico-legale nulla osta alla cremazione.	n° avvio e completamento dell'iter medico-legale finalizzato al nulla osta alla cremazione /n° richieste pratica funeraria cremazioni	85%
S34	Media osservazioni per morte encefalica annue.	Mantenimento del numero di osservazioni per morte encefalica rispetto alla media ponderata degli ultimi 5 anni.	n. osservazioni morte encefalica nell'anno 2024/ n. osservazioni morte encefalica medie annuali (2020-2024)	100%
E06b	Segnalazione eventi avversi, near miss su TaleteWeb.	Invio reportistica semestrale con percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software TaleteWeb per singola U.O..	n. report pubblicati	2

E05b	Monitoraggio pazienti con emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert.	Report con percentuale di segnalazioni registrate sulla piattaforma Talete Web dalle UU.OO. di degenza di emocoltura positiva per infezione da microrganismi alert rispetto alle infezioni registrate.	n. report rilasciati	2
ST38	Pulizia liste di attesa ricovero chirurgico.	Percentuale di bonifica liste di attesa ricovero chirurgico.	pazienti in attesa intervento bonificati/totale pazienti in lista in attesa di intervento	90%
ST37	Promuovere le attività del gruppo di supporto alla Direzione Sanitaria per la valutazione delle tecnologie sanitarie.	Numero di riunioni effettuate con il gruppo di supporto alla D.S..	n. di riunioni annuali	24
ST36	Pulizia liste di attesa ambulatoriali.	Percentuali bonifica liste di attesa ambulatoriali.	pazienti ambulatoriali bonificati/pazienti ambulatoriali in lista corrente	90%
ST35	Tempestività nella valutare l'appropriatezza dei fabbisogni di beni di interesse sanitario (oltre alle tecnologie anche farmaci, dispositivi medici ed altri articoli sanitari).	Percentuale di istanze valutate nei 10 gg..	n. di istanze valutate entro 10 giorni/n. istanze totali pervenute	80%
ST34	Valutare l'appropriatezza dei fabbisogni di beni di interesse sanitario oltre alle tecnologie anche farmaci, dispositivi medici ed altri articoli sanitari.	Percentuale di istanze relative al fabbisogno sanitario valutate.	n. istanze valutate/n. istanze pervenute	80%
S30	Attività di monitoraggio finalizzata alla riorganizzazione dei posti letto su piattaforma informatica Virgilio-CPI.	Avvenuto monitoraggio e posta in essere, delle attività propedeutiche alla gestione dei posti letto su piattaforma informatica Virgilio-CPI.	SI/NO	SI
S29	Ispezioni periodiche igienico sanitarie.	Effettuare almeno 4 ispezioni igienico-sanitarie mensili.	n. ispezioni effettuate	48
S28	Procedura per l'attivazione di un Centro di ascolto rivolto ai dipendenti a rischio stress-correlato.	Redazione procedura per l'attivazione di un Centro di ascolto (dirigenti psicologi) rivolto ai dipendenti a rischio stress-correlato.	SI/NO	SI
S27	Pazienti movimentati pro die.	Percentuale di pazienti movimentati pro die rispetto ai programmati totali (comprensivi di diagnostiche).	num. pazienti movimenti/num. pazienti da movimentare programmati	85%
ST05	Attuazione e completamento del piano formativo previsto per l'anno 2025.	Percentuale di corsi attivati, comprese le riedizioni, per anno 2025.	n. corsi di formazione attivati/n. corsi formazione previsti	40%

ST04	Accreditamento della struttura.	Avvenuto accreditamento della struttura entro il 31/12/2025.	SI/NO	SI
ST03	Avanzamento della macro progettazione relativa al piano formativo aziendale 2025.	Relazione semestrale stato avanzamento della macro progettazione piano formativo aziendale 2025.	n. relazioni rilasciate	2
ST02	Attività conto terzi in ambito di formazione frontale.	Mantenimento del fatturato attività conto terzi verso anno 2024.	fatturato conto terzi 2025/fatturato conto terzi 2024	100%
ST01	Attività di tirocini curriculari in rete Intra, extra formativa e frequenza volontaria.	Alimentazione e tenuta del database sulle attività di tirocini curriculari in rete Intra e extra formativa.	SI/NO	SI
S41	Utilizzo farmaco biosimilare verso originator per pazienti "naive" ed in continuità terapeutica.	Percentuale di farmaco biosimilare erogato.	valore ordinato farmaco originator + biosimilare/valore farmaco biosimilare	80%
S40	Attività di pianificazione degli acquisti, approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione dei beni sanitari (dispositivi medici e farmaci).	Relazione semestrale sull'attività di pianificazione degli acquisti.	Numero relazioni effettuate	2
S39	Attività di audit armadio farmaceutico e dispositivi medici e specialistici di reparto.	Numero di audit effettuati	Numero ispezioni effettuate	15,00
S38	Rimborsi da MEA.	Monitoraggio prescrizioni del singolo farmaco vs totale farmaco erogato.	n. di richieste rimborsi MEA su numero di schede monitoraggio chiuse	90%
S37	Erogazione del primo ciclo terapeutico dei pazienti dimessi.	Attivazione percorso erogazione primo ciclo di cura pazienti dimessi	SI/NO	SI
S35	Giacenze fisiche del magazzino farmaceutico e le giacenze fisiche presso tutti i reparti dell'azienda.	Certificazione trimestrale delle giacenze fisiche del magazzino farmaceutico e le giacenze fisiche presso tutti i reparti dell'azienda.	certificazioni rilasciate/certificazioni previste	4
ST12	Fabbisogno, per singola UOC, di personale ruolo sanitario area comparto.	Pianificazione e relativa programmazione del fabbisogno per singola UOC di personale ruolo sanitario area comparto	SI/NO	SI
ST11	Incarichi, funzioni e posizioni funzionali.	Job Description delle posizioni funzionali previste dal sistema degli incarichi.	SI/NO	SI
ST10	Uniformità ed omogeneità dell'agire professionale.	Pianificazione formativa finalizzata all'omogeneità dell'agire professionale dei profili dell'area comparto.	SI/NO	SI

ST09	Consuntivazione ore delle ore di lavoro in regime di straordinario dell'area comparto per U.O..	Report mensile delle ore di lavoro in regime di straordinario dell'area comparto per U.O.	n. report trasmessi	12
ST08	Monitoraggio delle Lesioni da pressione e dei rischi ad esso correlati nelle UU.OO. di Medicina.	Percentuale di compilazione della scheda di Braden riportata in C.P.I. aziendale	n. Schede Braden compilate/n. Totale pazienti	80%
ST07	Monitoraggio compilazione della documentazione infermieristica integrata alla C.P.I. aziendale.	Monitoraggio bimestrale di compilazione della documentazione infermieristica per ciascuna area dipartimentale.	n. Report trasmessi	6
ST06	Appropriatezza dei processi organizzativi.	Riunioni quadrimestrali con i coordinatori /coordinatori dipartimentali per uniformare le attività di organizzazione e di coordinamento delle UU.OO.	n. riunioni effettuate	3
E21	Monitoraggio delle SDO rientranti negli indicatori PNE e verifica collegiale con i reparti.	Monitoraggio PNE	N campagne di trasmissione ai reparti	6
E20	Verifiche di appropriatezza per DRG ARI in autocontrollo.	Verifica autocontrollo.	SDO autocontrollo verificate/SDO autocontrollo totali	100%
A69	Controlli interni di accuratezza della compilazione e codifica delle SDO.	Controlli interni di accuratezza della compilazione e codifica delle SDO attraverso la revisione delle cartelle cliniche con conseguente, recoding delle relativa SDO nei casi di codifica inaccurata.	percentuale sdo controllate/totale sdo	20%
A61	Corso di formazione per migliorare la compilazione della SDO.	Attivazione corso di formazione.	SI/NO	SI
A41	Monitoraggio trimestrale degli indicatori inerenti gli obiettivi sanitari assegnati al DG (DPGR n.106 del 04/08/22) ad esclusione di quelli inerenti il DH, chiusi a fine anno. La rilevazione viene effettuata sulle SDO che risultano validate.	Monitoraggio trimestrale degli indicatori inerenti gli obiettivi sanitari assegnati al DG e proposta di eventuali azioni correttive.	n. report rilasciati	4

ST62	Gestione del flusso verso altre Aziende, delle prestazioni sanitarie non previste da Convenzioni: dall'autorizzazione delle richieste all'emissione di NSO per la liquidazione del ciclo passivo delle fatture.	Avvenuta gestione flusso presso altre aziende	SI/NO	SI
ST57	Gestione flusso documentale, protocollazione, archiviazione, tenuta registri, produzione di provvedimenti ed atti, attività di ricerca e studio, rapporti con interlocutori interni ed esterni e dematerializzazione dell'archivio amministrativo.	Avvenuta gestione flusso documentale...	SI/NO	SI
ST56	Definizione degli atti di indirizzo, circolari e disposizioni della direzione strategica adempimenti relativi alle attività assegnate non di competenza di altre UUOO e di Organismi Collegiali e Commissioni, con report semestrale delle attività svolte.	Stesura e definizione degli atti interni.	SI/NO	SI
ST54	Istruttoria e predisposizione della documentazione relativa alle richieste di risarcimento danni.	Avvenuta istruttoria e predisposizione della documentazione relativa alle richieste di risarcimento danni.	SI/NO	SI

3.9 Obiettivi operativi dell'area tecnico/amministrativa

Per l'anno 2025 sono individuati per l'area tecnico/amministrativa i seguenti obiettivi, raggruppati per ciascun dipartimento.

Direzione Generale - Strutture di supporto alla Direzione Generale

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	peso
ST26	Corso di informazione e formazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 36, 37 del D.lgs. 81/08 e s.m.i..	Edizioni di corsi formazione attivati.	n. di report trasmessi	15
ST23	Audit interni di sicurezza sul lavoro (SGSL).	Implementazione del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro mediante: verifiche ispettive sul rispetto dei principali obblighi documentali e di organizzazione della sicurezza.	n. verifiche qualità effettuate	10
ST22	Fabbisogno qualità dispositivi protezione individuale.	Fabbisogno e verifica qualità dei dispositivi di protezione individuale approvvigionati e consegnati presso i magazzini aziendali.	n. verifiche qualità effettuate	12
ST21	Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio.	Aggiornamento delle procedure in essere in funzione della dinamicità dell'evoluzione delle strutture aziendali, nonché formazione degli addetti antincendio.	SI/NO	SI
ST17a	Formazione continua. Piattaforma Syllabus: "La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa."	Percentuale di personale afferente alla UOC che completa il percorso formativo, comprovato dai report di partecipazione.	personale che ha completato percorso formativo/personale UOC	90%
ST31	Effettuazione di indagini ispettive su disposizione del D.G..	Ispezioni effettuate.	SI/NO	SI
ST30	Ispezioni periodiche, a campione, del personale nella misura stabilita in sede di programmazione annuale.	Ispezioni periodiche del personale nella misura del 3%.	SI/NO	SI
ST15	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario.	Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL.	totale ore di straordinario retribuito annuo per unità operativa/somma full time equivalent (FTE) per unità operativa	180

Direzione Amministrativa - Strutture di supporto alla Direzione Amministrativa

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	peso
ST55	Transazione festivi infrasettimanali area comparto.	Percentuale transazioni effettuate	n. transazioni effettuate/ricorsi-diffide	70%
ST29	Svincolo somme pignorate presso Tesoreria Aziendale.	Percentuale di somme pignorate recuperate dell'anno 2021.	somme recuperate/totale pignoramenti 2021	50%
ST28	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso.	Percentuale pratiche trattate.	n. pratiche trattate /n. pratiche contenzioso	90%
ST27	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili propedeutiche alla certificabilità del bilancio (PAC).	Percentuale di carte contabili residue al 31/12/2025.	residuo carte contabili al 31 dic. 2024/carte contabili presenti al 1 gen. 2026	30%
ST17	Formazione continua. Piattaforma Syllabus: "Il nuovo Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 36/2023)"; "La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa."	Percentuale di personale afferente alla UOC che completa il percorso formativo, comprovato da report di partecipazione. N.B. Corso "Appalti" abilitati funzionari e dirigenti, corso "Trasparenza" abilitato tutto il personale.	personale che ha completato percorso formativo/personale UOC	90%
ST15	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario.	Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL.	totale ore di straordinario retribuito annuo per unità operativa/somma full time equivalent (FTE) per unità operativa	180
ST13	Rispetto dei tempi di pagamento.	Fatture liquidate entro 30 gg., tempo medio di ritardo <0.	n. fatture liquidate entro 30 gg "calcolate come n. giornate trascorse tra la data di ricezione della fattura sullo SDI e la data di liquidazione della fattura"/n. totale fatture ricevute	85%
ST39	Monitoraggio dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati.	Invio informativa e report trimestrale alla Direzione Strategica.	n. report trasmessi	4
ST33	Piattaforma condivisione report e dati interni.	Rilascio piattaforma e profilazione permissions accessi.	SI/NO	SI
ST19 b	Internal audit, attività di controllo (di cui alla D.G.R.C. del 21/12/2024 n. 731).	Monitoraggio e aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili di cui al DCA 27/2019.	SI/NO	SI
ST18	Analisi della corretta imputazione delle voci nell'alimentazione dei Centri di Costo.	Report quadrimestrale con evidenza delle anomalie rilevate da inviare alle UU.OO..	n. report trasmessi	3

ST16	Monitoring avanzamento formazione del personale da piattaforma "Syllabus".	Redazione report trimestrale e condivisione stati di avanzamento.	n. report trasmessi	4
ST42	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati.	Percentuale di flussi informativi per il monitoraggio del personale (DCA 53/2019) inviati nei tempi previsti.	N. di flussi inviati nei tempi/N. flussi inviati	85%
ST41	Regolamentazione orario di lavoro.	Predisposizione regolamento sui criteri generali relativi all'articolazione dell'orario di lavoro da sottoporre in sede di contrattazione integrativa aziendale.	SI/NO	SI
ST40	Regolamento attribuzione incarichi dirigenziali.	Redazione regolamento attribuzione incarichi dirigenziali.	SI/NO	SI
ST24	Aggiornamento piattaforma "GOP" relativamente ai profili, qualifiche professionali del personale dipendente, anche in riferimento ai tempi di vestizione e svestizione come da normativa vigente.	Avvenuto aggiornamento piattaforma "GOP" dei profili, qualifiche professionali del personale dipendente....	SI/NO	SI
ST17 a	Formazione continua. Piattaforma Syllabus: "La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa."	Percentuale di personale afferente alla UOC che completa il percorso formativo, comprovato dai report di partecipazione.	personale che ha completato percorso formativo/personale UOC	90%
ST60	Certificabilità delle giacenze di magazzino.	Monitoraggio e controllo del processo di certificabilità delle giacenze di magazzino con report trimestrale alla direzione strategica.	SI/NO	SI
ST59	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili propedeutiche alla certificabilità del bilancio (PAC-DCA27/2019)	Percentuale di carte contabili residue al 31/12/2025.	residuo carte contabili al 31 dic. 2024/carte contabili presenti al 1 gen. 2026	10%
ST58	Monitoraggio del processo di recupero crediti codici bianchi.	Invio raccomandate circolarizzabili recupero crediti anno 2024 e precedenti, evidenza semestrale somme rientrate.	raccomandate inviate/codici bianchi circolarizzabili	100%
ST32	Rispetto dei tempi di pagamento. Monitoraggio tempi medi di ritardo aziendali.	Fatture pagate entro 15 gg.	n. fatture pagate entro 15 gg "calcolate come n. giornate trascorse tra la data di liquidazione della fattura e la data di pagamento della fattura"/n. totale fatture pagate	85%
ST68	Predisposizione della nuova segnaletica esterna per la viabilità dell'Azienda.	Avvenuta installazione della nuova segnaletica entro il 30 aprile 2025.	SI/NO	SI
ST50	Procedura per Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati.	Adozione procedura d'impatto sulla protezione dei dati.	SI/NO	SI

ST48	Regolamento sulle segnalazioni ricevute dall'URP.	Predisposizione del regolamento per la gestione delle segnalazione trasmesse dagli utenti all'URP .	SI/NO	100%
ST47	Monitoraggio periodico sull'attività di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente (RPCT)".	Produzione report quadrimestrale sull'attività di monitoraggio.	n. report trasmessi	3
ST19	Internal audit, attività di controllo (di cui alla D.G.R.C. del 21/12/2024 n. 731).	Rendicontazione periodica sugli esiti dell'attività di internal audit svolte mediante l'utilizzo di check list.	n. rendicontazioni trasmesse	3
ST46	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso.	Percentuale pratiche trattate in copertura assicurativa.	n. pratiche trattate in copertura assicurativa /contenzioso totale	85%
ST45	Monitoraggio contratti relativi ai rapporti di locazione attivi e passivi.	Gestione contratti relativi ai rapporti di locazione attivi e passivi, con azioni conseguenti in caso di eventuale mancato pagamento.	SI/NO	SI
ST44	Manuale per la gestione del sistema documentario informatico ai sensi del paragrafo 3.5 delle Linee Guida sulla Formazione e conservazione dei documenti informatici di AGID.	Redazione manuale per la gestione del sistema documentario ai sensi del paragrafo 3.5 delle Linee Guida sulla Formazione e conservazione dei documenti informatici di AGID.	SI/NO	SI
ST43	Regolamento e procedure di scarto dei documenti d'archivio, amministrativi e sanitari.	Redazione regolamento e procedure di scarto dei documenti d'archivio, amministrativi e sanitari.	SI/NO	SI
ST57	Gestione flusso documentale, protocollazione, archiviazione, tenuta registri, produzione di provvedimenti ed atti, attività di ricerca e studio, rapporti con interlocutori interni ed esterni e dematerializzazione dell'archivio amministrativo.	Avvenuta gestione flusso documentale.	SI/NO	SI
ST56	Definizione degli atti di indirizzo, circolari e disposizioni della direzione strategica adempimenti relativi alle attività assegnate non di competenza di altre UUOO e di Organismi Collegiali e Commissioni, con report semestrale delle attività svolte.	Stesura e definizione degli atti interni.	SI/NO	SI
ST26	Corso di informazione e formazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 36, 37 del D.lgs. 81/08 e s.m.i..	Edizioni di corsi formazione attivati.	n. di report trasmessi	15
ST23	Audit interni di sicurezza sul lavoro (SGSL).	Implementazione del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro mediante: verifiche ispettive sul rispetto dei principali obblighi documentali e di organizzazione della sicurezza.	n. verifiche qualità effettuate	10

ST22	Fabbisogno e qualità dispositivi protezione individuale.	Fabbisogno e verifica qualità dei dispositivi di protezione individuale approvvigionati e consegnati presso i magazzini aziendali.	n. verifiche qualità effettuate	12
ST21	Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio.	Aggiornamento delle procedure in essere in funzione della dinamicità dell'evoluzione delle strutture aziendali, nonché formazione degli addetti antincendio.	SI/NO	SI
ST31	Effettuazione di indagini ispettive su disposizione del D.G..	Ispezioni effettuate.	SI/NO	SI
ST30	Ispezioni periodiche, a campione, del personale nella misura stabilita in sede di programmazione annuale.	Ispezioni periodiche del personale nella misura del 3%.	SI/NO	SI
ST14	Supporto all'attività deliberativa.	Livelli di partecipazione dello staff.	SI/NO	SI

Direzione Amministrativa – Dipartimento tecnico/logistico

CD	Obiettivo	Indicatore	formula	peso
ST67	Indizione ed espletamento gara RIS.	Avvio espletamento gara	SI/NO	SI
ST65	Completamento, con la contrattualizzazione, di tutte le gare in proroga già indette ed indizione di quelle ancora non indette.	Pubblicazione delibere di indizione/aggiudicazione delle gare già in proroga indette ed indizione di quelle ancora non indette.	delibere di indizione-aggiudicazione delle gare pubblicate/gare in proroga totali	SI
ST64	Programmazione triennale degli acquisti di beni e servizi.	Aggiornamento annuale della programmazione degli acquisti di beni e servizi secondo modalità e tempistiche definite dall'art.37 D.lgs. 36/2023.	SI/NO	SI
ST20b	Procedura di gara ad evidenza pubblica fornitura in service di sistemi in automazione per indagini chimico-cliniche e immunochimiche ed ematologiche per il laboratorio dell'Azienda.	Avvio espletamento gara	SI/NO	SI
ST17	Formazione continua. Piattaforma Syllabus: "Il nuovo Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 36/2023)"; "La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa."	Percentuale di personale afferente alla UOC che completa il percorso formativo, comprovato da report di partecipazione. N.B. Corso "Appalti" abilitati funzionari e dirigenti, corso "Trasparenza" abilitato tutto il personale.	personale che ha completato percorso formativo/personale UOC	90%
ST15	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario.	Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL.	totale ore di straordinario retribuito annuo per unità operativa/somma full time equivalent (FTE) per unità operativa	180
ST13	Rispetto dei tempi di pagamento.	Fatture liquidate entro 30 gg., tempo medio di ritardo <0.	n. fatture liquidate entro 30 gg "calcolate come n. giornate trascorse tra la data di ricezione della fattura sullo SDI e la data di liquidazione della fattura"/n. totale fatture ricevute	85%
ST61	Coordinamento all'elaborazione del capitolato gara RIS da parte dei dirigenti sanitari interessati.	Redazione capitolato gara.	SI/NO	SI
ST53	Procedure di acquisto di attrezzature elettromedicali previste in programmazione e/o urgenti.	Rinnovo ed aggiornamento del parco attrezzature elettromedicali dell'Azienda.	numero di procedure indette/numero di procedure programmate	85%
ST52	Interventi di manutenzione programmata sulle apparecchiature elettromedicali.	Percentuale di interventi di manutenzione preventiva apparecchiature elettromedicali effettuati.	apparecchiature elettromedicali mantenute/apparecchiate elettromedicali totali	85%

ST51	Interventi di manutenzione su chiamata per guasto bloccante sulle apparecchiature elettromedicali.	Percentuale di interventi di manutenzione su guasto bloccante apparecchiature elettromedicali effettuati.	apparecchiature elettromedicali mantenute su guasto bloccante/apparecchiature e elettromedicali con guasto bloccante totali	85%
ST66	Redazione di policy aziendali per la sicurezza informatica.	Stesura di linee guida e regolamenti aziendali in linea con gli adempimenti contrattuali previsti dall'AQ Sicurezza da remoto, di compliance e di controllo per le PA Lotto 2.	n. documenti redatti/revisionati	100%
ST63	Incremento della tipologia di referti e documenti clinici digitalizzati per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	Interventi mirati a digitalizzare differenti tipologie di referti e documenti clinici in formato PDF/A con HL7 CDA2 iniettato e firmati digitalmente con firma PaDES.	n. di interventi/azione correttive implementate	85%
ST61	Coordinamento all'elaborazione del capitolato gara RIS da parte dei dirigenti sanitari interessati.	Redazione capitolato gara.	SI/NO	SI
ST72	Avvio cantieri programmati, quali Padiglione N "Accoglienza", la Banca del tessuto muscolo scheletrico presso il Padiglione H e l'impianto di depurazione dell'intera Azienda Ospedaliera.	Avvenuto avvio delle opere...	SI/NO	SI
ST71	Redazione aggiornamenti esami progetto VVFF ex DM 19/03/2015.	Presentazione pratiche presso il competente comando dei VVFF.	SI/NO	SI
ST70	Programmazione triennale dei lavori.	Aggiornamento annuale programmazione dei lavori secondo modalità e tempistiche definite dall'art.37 D.lgs. 36/2023.	SI/NO	SI
ST20	Procedura di gara ad evidenza pubblica fornitura in service di sistemi in automazione per indagini chimico-cliniche e immunochimiche ed ematologiche per il laboratorio dell'Azienda.	Redazione capitolato tecnico di gara, entro il 30/04/2025.	SI/NO	SI

4. Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

L'attuale edizione del PIAO si distingue per essere il frutto di un attento aggiornamento, plasmato per rispecchiare le dinamiche organizzative che si sono sviluppate nel corso dell'anno precedente.

A seguito degli importanti cambiamenti interni verificatisi nel 2023, lo scorso anno per l'Azienda Cardarelli è stato caratterizzato dal consolidarsi della nuova struttura e dalla necessità di dare seguito alle notevoli innovazioni normative intervenute soprattutto nell'ambito delle modalità di acquisizione delle forniture, a seguito della piena attuazione di quanto disposto dal nuovo codice degli appalti (D.lgs. 36/2023), dal sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti e dalla totale informatizzazione dei processi di acquisizione dei beni e servizi.

Tali innovazioni hanno facilitato l'azione di prevenzione della corruzione e trasparenza, ma hanno determinato un impegno da parte della dirigenza tutta nell'adeguarsi alle nuove procedure e dell'RPCT nel adattare le attività di monitoraggio in ragione delle novità intervenute.

La sezione deputata alla prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO 2025, si pone in continuità con il documento dello scorso anno, ma propone piccole modifiche volte a garantire una piena autonomia dei servizi interni nel dare seguito a quanto previsto dalle normative nell'ambito della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

L'approccio dell'RPCT dell'AORN A. Cardarelli è volto, infatti, nel promuovere una cultura della trasparenza e della prevenzione della corruzione tra i diversi servizi, affiancandoli in una fase iniziale e monitorandone l'attività nel corso dell'anno.

Normative e direttive

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.
- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell’articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, “Disposizioni in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.
- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, “Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto “D.lgs. n. 33 del 2013 -attuazione della trasparenza”.
- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione.
- Intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013.
- Delibera della CIVIT n. 75/2013 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001);
- Delibera dell’ANAC n. 146/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione nonché dalle regole

sulla trasparenza dell'attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati;

- Delibera dell'ANAC n. 149/2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”.
- D.L. n. 66 del 2014 Misure urgenti per la Competitività e la giustizia Sociale.
- D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazione in L. 11 agosto 2014 n. 114 “Misure Urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”.
- Circolare n. 6 del 2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione Interpretazione e applicazione dell’articolo 5, comma 9, del decreto-legge n.95 del 2012, come modificato dall’articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n.90.
- Delibera dell’ANAC n.10 del 2015 “Individuazione dell’autorità amministrativa competente all’irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art.47 del d. lgs.33/2013)”.
- Delibera dell’ANAC n 22 del 2014 pubblica il 15 dicembre 2014 “Attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 9, comma 7 e 10, commi 3 e 4 lettere a) e b) del decreto-legge 24 aprile 2014 n.66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89”.
- Determinazione dell’ANAC n.1 del 2015 “Criteri interpretativi in ordine alle disposizioni dell’art. 38, comma 2-bis e dell’art.46, comma 1-ter del D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163”.
- Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all’ANAC.
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo all’Area rischio Contratti pubblici.
- Delibera dell’ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 “Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo alla parte VII – Sanità.
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e di limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”.
- Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 “Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Circolare n. 2 del 20 maggio 2017 del Ministero per la semplificazione e l P.A. “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA).
- Delibera dell’ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”

- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 “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”.
- ANAC – “Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021”.
- Delibera ANAC n. 494 del 5 giugno 2019 “Linee guida per l’individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”.
- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”.
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021.
- Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA).
- Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, Codice dei contratti pubblici.
- Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, Aggiornamento 2023 del PNA 2022.
- Delibera ANAC 493 del 25 settembre 2024 “linee Guida sul Divieto di Pantouflage
- Delibera ANAC 497 del 29 ottobre 2024 “Indicazioni alle stazioni appaltanti in merito alle modalità di espletamento dei controlli e delle verifiche da svolgere durante la fase esecutiva degli appalti di servizi e forniture.”

Obiettivi e azioni del piano

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2023-2025 (di seguito anche Piano o PTPCT) viene adottato dall’AORN A. Cardarelli in adempimento alla L. n. 190/2012 e s.mi.. Il PTPCT, a seguito dell’introduzione del PIAO con DM 80/2022 è parte integrante di un’azione di programmazione più ampia che coinvolge l’intera Amministrazione e si integra con diversi strumenti di pianificazione.

Il sistema organico di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento prevede l’articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione da realizzarsi mediante un’azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione.

La strategia nazionale si realizza mediante il Piano nazionale anticorruzione (PNA) adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione. Detto Piano costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell’adozione dei propri Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

Il PTPCT deve identificare le misure organizzative utili per contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tale riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende:

- l'analisi del contesto – esterno ed interno;
- la valutazione del rischio che, a sua volta, è suddivisa in: identificazione, analisi, ponderazione e trattamento del rischio;
- identificazione e programmazione delle misure di prevenzione.

Il presente PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

Sezione A

I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo; funzioni attribuite e relative responsabilità.

Sezione B

Analisi delle condizioni di rischio generali (contesto di settore e geografico) e analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda.

Sezione C

Le misure di prevenzione della corruzione:

- **generali** - perché incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione;
- **specifiche** - perché incidono su problemi specifici, individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento.

Documenti Allegati

Allegato 2. Tabella Obblighi Trasparenza;

Allegato 3. Mappatura delle aree di rischio specifico.

Prevenzione della corruzione e performance

La percezione dell'efficacia e dell'efficienza in ambito sanitario è fortemente legata a variabili quali:

1. Qualità della prestazione sanitaria;
2. Tempi e qualità della risposta ai bisogni di salute emergenti;
3. Economicità delle soluzioni e delle prestazioni;
4. Livello di focalizzazione della risposta ai bisogni della popolazione;

Occorre che l'Azienda ponga in primo piano il piano delle Performance e ponga quali indicatori di qualità del lavoro svolto, la corretta messa in campo delle azioni di prevenzione della corruzione e di monitoraggio

dei rischi corruttivi. Tale processo deve maturare da mero adempimento a prassi di management utile ad una migliore gestione delle attività.

Principali azioni che l'Azienda ha perseguito nel 2024, nell'ambito delle azioni programmate per il triennio 2023-2025

1. Aggiornamento della convenzione con la Prefettura per l'adozione del Protocollo di Legalità attualmente vigente
2. Formazione del personale deputato al ruolo di RUP, circa la corretta applicazione delle novità normative introdotte dal D.lgs. 36/2023
3. Raccomandazioni ai RUP sulla trasmissione di documentazione di gara firmata digitalmente
4. Monitoraggio dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione.
5. Monitoraggio dei corretti riscontri ad ANAC, su richieste di chiarimenti
6. Monitoraggio della tutela del diritto di accesso

**SEZIONE A - I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio
corruttivo - *Funzioni attribuite e responsabilità***

Principali azioni che l'Azienda intende perseguire per il triennio 2023-2025

- 1) Digitalizzazione del processo di gestione delle misure di pubblicazione degli atti ai fini della trasparenza
- 2) Adozione di regolamenti e direttive utili all'applicazione delle normative in ambito aziendale
- 3) Revisione del regolamento in materia di incarichi extraistituzionali (ex art. 53 D.lgs. 165/2001) e digitalizzazione del processo autorizzativo
- 4) Aggiornamento della mappa del rischio interno di corruzione all'interno dell'Azienda, sulla base delle peculiarità dell'AORN
- 5) Collaborazione con gli altri servizi aziendali per la definizione e promozione di procedure coordinate volte a limitare il rischio di corruzione
- 6) Revisione delle procedure per la dichiarazione di infungibilità dei beni e formazione del personale;
- 7) Monitoraggio dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione.
- 8) Definizione di linee guida aziendali sulla rotazione del personale

1. I soggetti attuatori delle azioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza

L'azione di prevenzione della corruzione all'interno di un'Azienda Sanitaria delle dimensioni dell'AORN A. Cardarelli può essere portata avanti solo mediante l'impegno di diversi soggetti che, ciascuno con competenze e livelli di responsabilità differenti, agiscono nell'ambito di un'azione coordinata.

- Il coordinamento di tali azioni è dato proprio dal presente Piano.
- Sono parte attiva nella gestione della prevenzione della corruzione:
 - il Direttore Generale;
 - il Responsabile della prevenzione della corruzione, della trasparenza e l'integrità;
 - tutti i Direttori di Struttura, i Dirigenti e tutto il personale che ad ogni titolo lavora e collabora con l'Azienda;
 - il Gruppo di Supporto al RPCT;
 - l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
 - Le strutture aziendali preposte allo svolgimento di ispezioni interne;
 - l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
 - I fornitori per quanto di propria competenza

1.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

- nomina il RPCT e assicura che esso disponga di funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario del PTPCT;
- adotta il PTPCT.

Il Direttore Generale, inoltre, ha poteri di indirizzo strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

La collaborazione tra Direttore Generale e RPCT si concretizza anche con le comunicazioni sull'attività svolta dal Responsabile e con la sua “relazione annuale” indirizzata ad Anac e alla Direzione aziendale da pubblicare nel sito web dell'amministrazione ai sensi dell'art. 1, co.14 della l. 190/2012.

In ogni caso il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta ogni volta ed in ogni caso l'organo di indirizzo lo richieda.

Il Direttore Generale ha nominato a dicembre 2022 il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza attualmente in carica.

1.2 Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Il RPCT dell'AORN A. Cardarelli è stato individuato tra i dirigenti di ruolo in servizio con incarico di Struttura Complessa. In particolare l'RPCT dell'Azienda assolve altresì il ruolo di Direttore dell'UOC Comunicazione ed Innovazione. Tale scelta organizzativa permette di creare delle utili sinergie tra le funzioni di prevenzione – proprie dell'RPCT – e le funzioni di comunicazione, pubblicità, privacy, adempimenti legge antimafia – coordinate dalla UOC in parola.

Per le molteplici prerogative, competenze, funzioni e tutele del RPCT si rinvia all'allegato 3 del PNA 2022 approvato da ANAC con delibera n. 7 del 17.01.2023. In questa sede si evidenziano soltanto alcune funzioni esercitate dal RPCT e previste sia dalla legge anticorruzione la n. 190/2012 che dal D.lgs. 33/2013 (c.d. legge sulla trasparenza).

La legge 190 all'art. 7 comma 1 prevede che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” 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.

All'art. 1, comma 10, 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.

Per quanto riguarda invece le prerogative stabilite dal decreto sulla trasparenza (D.lgs. 33/2013) l'art. 5, comma 7, attribuisce al RPCT il compito di pronunciarsi sul riesame dell'accesso civico: “Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6”. In questo caso il RPCT decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”.

Con riferimento all'istituto dell'accesso civico, in caso di ritardo o mancata risposta o diniego da parte del RPCT il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2, 9 bis L. 241/90.

1.3 Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto

I Direttori di Dipartimento e degli Staff di direzione generale e della direzione sanitaria e amministrativa insieme ai direttori delle strutture organizzative ed ai funzionari, sono i soggetti che, all'interno dell'azienda, detengono una profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali di loro competenza, di come sono strutturati i procedimenti amministrativi, dei dati contabili, tecnici, amministrativi e sanitari etc. e quindi rappresentano una fonte preziosa e insostituibile di conoscenze, valutazioni, detenzione di dati etc. per cui un loro coinvolgimento nel sistema, rappresenta un punto di forza dal quale partire, ma anche e soprattutto da sviluppare ed incrementare attraverso incontri, riunioni, scambio di vedute e relazioni che trovano la loro piena attuazione nella partecipazione dei direttori nell'analisi dei processi e nell'attuazione della trasparenza amministrativa.

I Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e dei centri di Responsabilità interagiscono nel sistema determinato dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed hanno ruoli e funzioni di grande rilievo ed evidenza in quanto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;

- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1, lettera l-bis, D.lgs. 165/2001);
- forniscono informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e a formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera l-ter, D.lgs. 165/2001);
- provvedono al monitoraggio di primo livello riguardo l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione già individuate;
- rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e collaborare con il RPCT (art. 8, D.P.R.62/2013);
- assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale (art. 9, D.P.R. 62/2013);
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3, D. Lgs.33/2013; delibera ANAC n. 1310/2016, sostitutiva della Delibera CIVIT n. 50/2013);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 15, D.P.R. 62/2013);
- controllano ed assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico (art. 43, comma 4, D.lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs. 97/2016).

Nel sistema aziendale tutti i dipendenti sono comunque gli attori fondamentali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione, collaborano con il RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione e si adoperano per l'attuazione della trasparenza, conformano le proprie azioni alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento, segnalano le situazioni di illecito, si astengono in caso di conflitto di interesse.

1.4 La Struttura di Supporto al RPCT

In considerazione della complessità e numerosità degli adempimenti, delle problematiche affrontate dalla normativa relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, l'AORN A. Cardarelli individua un'ideale struttura di supporto che coadiuvi il RPCT in tre diverse aree di competenza:

- Supporto giuridico e operativo al RPCT da parte del Coordinatore della struttura anche attraverso la redazione di pareri;
- Supporto operativo al RPCT, monitoraggio flussi dati e help desk per la gestione informatica da parte dei componenti della struttura;
- Formazione ed aggiornamento.

In particolare, la Struttura di Supporto svolge tra l'altro le seguenti attività:

- redazione degli atti di natura generale (regolamenti, circolari operative, disposizioni sanzionatorie, relazione annuale RPCT, PTPTC);
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità e, eventualmente, della sua modifica;
- collaborazione nell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e di proposta delle relative misure di prevenzione;
- collaborazione alla definizione del piano di formazione e individuazione dei dipendenti a cui destinare le attività formative;
- attività di controllo sul rispetto degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza (art. 43, co 1, D.lgs. 33/2013);
- Supporto ai Dirigenti ed ai referenti circa la corretta attuazione del piano ed il corretto utilizzo dei mezzi informatici.

1.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V)

L'O.I.V. riveste una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza in quanto svolge, tra l'altro, un'attività di verifica sulla coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPTC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale insieme all'obbligo di verifica per l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati obbligatori in Amministrazione Trasparente (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009).

L'OIV ha tra i propri compiti:

- La partecipazione al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi;
- considerare i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgere compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- esprimere parere sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda;
- assicurare il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, attribuendo rilevanza al rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio, verificando, in particolare, l'assolvimento degli obblighi di vigilanza e controllo da parte dei dirigenti sull'attuazione e sul rispetto dei Codici di

Comportamento, e prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale;

- svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice di Comportamento, riferendone nella relazione annuale;
- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

1.6 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

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

- attiva e definisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in stretta collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.).

SEZIONE B

***Analisi delle condizioni di rischio - Contesto di settore e geografico;
analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda***

1. L'Analisi del contesto

L'analisi del rischio di corruzione all'interno dell'Amministrazione si fonda su tre diversi livelli:

- una valutazione derivante da dati di scenario e del settore sanità;
- una valutazione fondata sullo storico delle attività svolte all'interno dell'Azienda;
- una valutazione “esperienziale” basata su valutazioni non documentate, ma fondate sul vissuto di quanti hanno partecipato alla redazione del Piano e di quanto rilevato da organismi di ricerca.

La natura dell'ospedale Cardarelli è tale da proporsi come struttura che eroga attività di altissima specializzazione su pazienti con problematiche estremamente complesse. Tale condizione e il modello di “personalizzazione delle cure” che sempre più sta caratterizzando la nuova frontiera della medicina, spinge sempre di più la sanità pubblica verso un'attività di collaborazione con soggetti privati. La sfida che la sanità pubblica deve affrontare nei prossimi anni è promuovere un modello innovativo di assistenza anche in collaborazione coi soggetti privati, senza perdere integrità, autorevolezza ed indipendenza.

L'analisi del contesto aziendale ed il monitoraggio dei rischi potenziali è lo strumento determinante per poter mettere in atto le misure di prevenzione della corruzione più efficaci. Il sistema informativo che si intende implementare per la gestione della sezione Amministrazione Trasparente permetterà di raccogliere flussi di dati utili ad avere un monitoraggio continuo e reale dei processi aziendali.

1.1 Il contesto esterno

Il contesto territoriale e il tessuto sociale ascrivibili all'AORN A. Cardarelli sono connotati da un'estrema complessità e moltitudine di aspetti, descritti nell'Atto Aziendale di codesta Azienda, al cui contenuto ci si riporta integralmente.

Relativamente all'attuale contesto criminale si rinvia alla relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte d'Appello di Napoli, la quale offre una disamina delle dinamiche criminali associative nella provincia di Napoli.

1.2 Il contesto interno

Dall'adozione nel 2023 ad oggi del presente piano, lo scenario interno si è profondamente trasformato. L'Azienda ha adottato un nuovo Atto aziendale che ha profondamente modificato l'assetto organizzativo, è stato dato impulso ad un profondo piano di investimenti infrastrutturali; si è provveduto a reclutare nuovo personale; si è dato nuovo impulso alla sperimentazione clinica, in partnership con aziende private.

In questo profondo scenario di cambiamento è stato dato impulso anche ad un'importante attività di regolamentazione ex novo o di aggiornamento della regolamentazione esistente.

Inoltre, si è fortemente dato impulso ai processi di digitalizzazione, così da garantire la trasparenza dei processi e l'accountability dei diversi soggetti che partecipano ai percorsi.

Nel biennio 2023/2024, inoltre, è stato dato impulso all'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico che ha contribuito in modo importante a riavviare un dialogo corretto con i cittadini, raccogliendo segnalazioni su disservizi o problematiche dell'assistenza.

2. Lo scenario

2.1 Il rapporto Transparency International Italia

L'indagine condotta dalla Transparency International vede l'Italia, nel 2023, al 42° posto nel mondo, con un Indice di Percezione della Corruzione (CPI), nel settore pubblico e nella politica, che raggiunge 56 punti su 100. Tale dato registra un miglioramento rispetto all'anno precedente, risultato della crescente attenzione dedicata al problema della corruzione ([clicca qui](#))

I più recenti studi indipendenti in merito alla percezione della corruzione in ambito sanitario risalgono al 2022 da parte di Transparency International, mediante lo studio "Corruzione e sprechi in Sanità". Il documento individua cinque ambiti principali a cui sono associate specifiche problematiche corruttive:

Ambito	Problematiche
<i>Nomine</i>	Ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze
<i>Farmaceutica</i>	Aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli
<i>Procurement</i>	Gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate a cartelli, infiltrazione criminale organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate
<i>Negligenza</i>	Scorrimento liste di attesa, dirottamento verso sanità privata, false dichiarazioni (intramoenia), omessi versamenti (intramoenia)
<i>Sanità privata</i>	Mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni DRG, falso documentale.

Relativamente alle problematiche rilevate, il Rapporto di Trasparency International Italia, individua 15 proposte per aiutare la “sanità malata”, da applicare per ridurre il rischio corruzione nel settore sanitario, liberando risorse e abbattendo i costi senza incidere sui servizi erogati:

- a. risanare il rapporto tra politica e sanità;
- b. rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche;
- c. aumentare l’efficienza e intensificare i controlli sull’attività;
- d. modificare le procedure di controllo delle spese;
- e. promuovere l’etica tra i sanitari contro ogni forma di corruzione;
- f. aumentare i controlli sull’esecuzione degli appalti in sanità;
- g. pubblicare indicatori di attività e di out come sull’attività dei medici;
- h. promuovere il whistleblowing;
- i. rendere pubblici i pagamenti effettuati in sanità;
- j. definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata;
- k. aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria;
- l. modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria;
- m. prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti.

2.2 Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale

Dalle analisi sopra riportate emerge che la Campania ed il comparto della sanità pubblica rappresentano contesti di rischio specifico, da prevenire in modo puntuale, stante i grandi volumi di investimento in ambiti a forte presenza criminale. Allo stesso tempo, i grandi numeri di prestazioni sanitarie che l’AORN A. Cardarelli assicura determinano una grande massa di informazioni estremamente preziose per i soggetti privati che operano in ambito sanitario.

Tali considerazioni devono spingere l’RPCT alla massima attenzione nell’adozione delle misure specifiche volte a promuovere la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

In allegato si riporta la mappatura dei rischi specifici relativa alle singole tipologie di procedimento ed ai rischi ad esso connessi.

Principali azioni che l'AORN intende perseguire per il triennio 2023-2025

- Evidenziazione dell'adozione del protocollo di legalità redatto con la prefettura
- Standardizzazione ed informatizzazione delle procedure di acquisto, di approvvigionamento, di richiesta di beni e servizi da parte dei reparti. (realizzato nel 2024)
- Adozione di un sistema informatizzato di gestione delle attività di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (realizzato nel 2023)
- Adozione di un regolamento sulla gestione del Whistleblowing (realizzato nel 2024)
- Adozione della piattaforma per il whistleblowing (2024)
- Aggiornamento del Codice di Comportamento dei dipendenti (2024/2025)
- Adozione di una nuova procedura informatizzata per la gestione delle autorizzazioni ex art.53 del 165/2001 (2025)
- Aggiornamento del regolamento per la gestione delle autorizzazioni ex art.53/2001 (2025)
- Adozione di un regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche (2025)

SEZIONE C

La prevenzione del rischio corruttivo - *Misure di prevenzione del rischio corruzione*

1. Un sistema in evoluzione

L'AORN A. Cardarelli ha avviato una profonda revisione del processo di gestione della prevenzione del rischio corruttivo. Si è passati, infatti, da un sistema di controlli un tantum settoriali ad un modello di gestione dei processi organico e totalmente digitalizzato.

Spesso, infatti, come testimoniato dall'analisi dello scenario riportato nelle pagine precedenti e come visto mediante il bassissimo numero di procedimenti giudiziari che in Italia e nell'AORN si sono registrati, i fenomeni corruttivi sono capaci di sfuggire ai controlli ex-post in quanto, o si tratta di episodi estremamente puntuali, non facilmente riscontrabili, oppure di situazioni in cui vengono utilizzate sofisticate metodologie per sfuggire ai controlli.

L'amministrazione, dunque, come già evidenziato dagli studi effettuati e dalla stessa ANAC deve orientarsi verso una maggiore attività di prevenzione utilizzando la seguente metodologia:

- Mappatura dei processi e valutazione specifica – per ciascuno di essi – del rischio corruttivo;
- Mettere in atto azioni correttive alla limitazione del rischio;
- Sviluppare un sistema di reportistica utile a monitorare l'efficacia delle azioni messe in atto.

In questo senso, come già detto, il presente piano si propone come un momento di passaggio tra un vecchio approccio basato sui controlli ex-post ed un nuovo modello gestionale fondato su azioni da realizzare ex-ante, accompagnate da un monitoraggio.

Per far ciò, gli strumenti necessari sono:

- Revisione continua dei regolamenti – verifica dei regolamenti comportamentali in essere e misura della loro efficacia;
- Mappatura dei processi gestionali;
- Adozione di procedure informatiche, capaci di mappare con certezza e di codificare le procedure;
- Continuo aggiornamento delle informazioni ai fini del monitoraggio e della rendicontazione delle misure adottate per la prevenzione della corruzione;
- Coinvolgimento attivo del top e middle management nel processo;
- Creazione di una rete di referenti all'interno dell'Azienda e loro coinvolgimento nel processo;
- Strutturazione di un'organizzazione a matrice che individua i diversi livelli di responsabilità;
- Formazione continua del personale tutto.

Considerata la complessità organizzativa e la dimensione dell'Azienda, un sistema così articolato e complesso richiede un lavoro strutturato su più anni, con obiettivi strategici di medio periodo ed obiettivi operativi annuali.

Per il triennio 2023 - 2025 gli obiettivi principali sono:

- Digitalizzazione dei processi connessi alla Trasparenza e all’Anticorruzione;
- Realizzazione di voci più specifiche della mappatura dei rischi;
- Definizione di un programma formativo pluriennale, capace di accompagnare l’evoluzione organizzativa ed informativa del sistema di prevenzione della corruzione;
- Monitoraggio delle procedure, promuovendone la standardizzazione.

1.1. Le misure generali di prevenzione della corruzione

Il presente PTPCT, sulla base di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione in essere, identifica le seguenti misure generali di prevenzione della corruzione:

- a) misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica;
- b) la rotazione straordinaria;
- c) i doveri di comportamento;
- d) conflitto di interesse;
- e) le inconferibilità/incompatibilità di incarichi;
- f) la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici (art 35-bis del D.lgs. 165/2001);
- g) gli incarichi extraistituzionali;
- h) divieti post-employment (pantouflage);
- i) i patti d’integrità;
- j) la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- k) la formazione;
- l) la rotazione ordinaria.

a. Misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica

L’ordinamento ha predisposto tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l’accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti:

- l’istituto del trasferimento ad ufficio diverso da quello in cui si prestava servizio per il dipendente rinviato a giudizio per alcune tipologie di delitti. Il trasferimento è obbligatorio; il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva;
- in caso di condanna, anche non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio;
- in caso di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti è disposta l’estinzione del rapporto di lavoro;

- nel caso di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni si applica il disposto dell'articolo 32-quinquies del codice penale.

Il trasferimento d'ufficio conseguente a rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva, non hanno natura sanzionatoria, ma sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, di protezione dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione, mentre solo l'estinzione del rapporto di lavoro ha carattere di pena accessoria.

b. La rotazione straordinaria

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'amministrazione;
- viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito. In analogia con la legge n. 97 del 2001, art. 3, si deve ritenere che il trasferimento possa avvenire con trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede dell'amministrazione.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misure di tipo cautelare.

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.

L'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione, la sua durata, le misure alternative in caso di impossibilità, le conseguenze sull'incarico dirigenziale, sono oggetto di specifica Delibera ANAC¹.

c. I doveri di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una connessione con i PTPCT.

¹ Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 "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".

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi di propri codici di comportamento, definiti con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV. Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale – approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 e modificato ed integrato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 – al fine di integrarli e specificarli.

L'adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione/mal amministrazione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all'amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Ne discende che il codice è elaborato in stretta sinergia con il PTPCT. Il fine è quello di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

Principali azioni che l'AORN intende perseguire per il triennio 2023-2025

L'AORN aggiornerà il proprio codice di comportamento. Obiettivo di questo RPCT è garantire la massima diffusione del Codice, introducendone la conoscenza quale parte di procedimenti ordinari dell'Azienda Sanitaria e sviluppando percorsi formativi ad hoc.

Occorre, inoltre, predisporre un sistema di monitoraggio continuo dell'efficacia del regolamento mediante survey utili a verificarne l'adozione corretta, la conoscenza e l'adeguatezza.

d. Conflitto di interesse

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.

Il conflitto può essere:

- attuale – cioè presente al momento dell'azione o decisione del soggetto;
- potenziale – cioè che potrà diventare attuale in un momento successivo;
- apparente – cioè che può essere percepito dall'esterno come tale;
- diretto – cioè che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto;
- indiretto – ovvero che attiene a soggetti diversi.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura e ricondursi a tutti i casi in cui sussista il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire sé medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato o nei casi in cui possa essere messa in dubbio l'imparzialità del dipendente nell'assumere decisioni verso soggetti esterni che hanno con l'Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e servizi.

I dipendenti devono astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle proprie mansioni in situazioni di conflitto di interesse (anche potenziale) con interessi personali del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado, oppure di persone con le quali abbiano rapporti di frequentazione abituale nella fattispecie di soggetti o organizzazioni con cui loro stessi o i coniugi abbiano causa pendente o grave inimicizia, o rapporti di credito/debito, ovvero di soggetti ed organizzazioni di cui siano tutori, procuratori, o agenti, ovvero di enti, associazioni, anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

A mero titolo esemplificativo, rappresentano casi di conflitto di interessi:

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'Azienda, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'Azienda, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocimento all'immagine dell'Azienda, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 29/2013 o da altre disposizioni di legge (inconferibilità e incompatibilità);

- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D.Lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"², presentano una situazione di conflitto di interessi;
- In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

Vista la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici, area considerata tra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi, l'ANAC ha ritenuto di dedicare un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019 "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici".

e. Le inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Le disposizioni tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Il legislatore ha inoltre stabilito i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati fissando il divieto di assumere incarichi in caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati contro la pubblica amministrazione.

² Secondo il Comma 6 D.Lgs. 165/2001, gli incarichi che rientrano nelle ipotesi di deroga sono:

- a) la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- b) l'utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- c) la partecipazione a convegni e seminari;
- d) incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- e) incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
- f) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- g) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- h) attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto.

Come precisato dalla Delibera n. 149/2014 dell'ANAC e la sentenza della III sezione del Consiglio di Stato n. 5583/2014, le ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario. Le relative dichiarazioni sono acquisite annualmente ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. 39/2013 e pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Istituzionale.

f. La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art 35-bis del D.lgs. 165/2001

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 vi è 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.

Con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013 "Inconfiribilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione", viene disposto il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconfiribilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia di reato. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità.

g. Gli incarichi extraistituzionali – art.53 del D.lgs. 165/2001

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.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolamentata dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 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 di ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

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.

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.

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

È inoltre disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti.

Le disposizioni appena richiamate, sono attuate dall'AORN A. Cardarelli per il tramite di apposito regolamento.

h. Divieti post-employment (pantouflage)

È disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Inoltre, in caso di violazione del divieto, sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie nei confronti sia dell'atto sia dei soggetti. Così i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrarre con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo

svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione.

In materia di pantouflage, l'Azienda è chiamata a verificare l'attuazione delle misure di prevenzione del suddetto istituto, attraverso l'acquisizione di informazioni utili, come, ad esempio, la consultazione delle banche dati liberamente accessibili da parte delle PP. AA o la richiesta all'Agenzia delle Entrate circa l'esistenza di redditi da lavoro dell'ex dipendente pubblico.

Per lo svolgimento di tali compiti, il RPCT può individuare i servizi aziendali competenti per l'applicazione dell'istituto in parola.

Trovano, in ogni caso, applicazione le Linee Guida n. 1 del 2024 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, relative al pantouflage, come stabilito dalla deliberazione dell'ANAC n. 206 del 25 settembre 2024 e dalle Linee Guida n. 1 del 2024. Queste linee guida forniscono indicazioni operative dettagliate per l'implementazione delle misure di prevenzione e il corretto monitoraggio delle violazioni, stabilendo criteri e modalità di verifica, nonché sanzioni in caso di inosservanza.

i. I patti d'integrità

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere d'invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto d'integrità dà luogo all'esclusione della gara e alla risoluzione del contratto.

j. La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)

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

Con l'espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente di un'amministrazione che segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire. Tale segnalazione (cd. whistleblowing) è, pertanto, un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico. Il whistleblowing è, dunque, la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower, il cui scopo principale è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente.

Le segnalazioni che pervengono al RPCT in forma anonima, le quali:

- non presentino alcuna sottoscrizione;
- rechino una sottoscrizione illeggibile;
- pur apparendo riferibili a un soggetto non consentano, comunque di individuarlo con certezza; non saranno prese in considerazione.

Fanno eccezione alla regola le segnalazioni anonime che riguardano fatti di particolare rilevanza o gravità e presentino informazioni adeguatamente circostanziate, sulle quali verrà valutata l'opportunità di dare seguito alle comunicazioni e verrà individuata la eventuale procedura da sviluppare.

Azioni previste per il triennio 2023-2025

L'azienda si è dotata di uno specifico regolamento per il whistleblowing e di una piattaforma informatica che garantisce i criteri di sicurezza e riservatezza previsti dal legislatore.

Tutte le segnalazioni che dovessero pervenire, oltre ad essere oggetto di specifica attività contribuiranno ad individuare nuove aree esposte ai rischi corruttivi.

k. La formazione

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione. In coerenza con la linea pluriennale del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, l'Azienda definirà un piano pluriennale di interventi formativi volto a:

- sviluppare percorsi formativi operativi differenziati, in ragione dei ruoli previsti dal Piano per le diverse funzioni;
- Addestrare i referenti circa le procedure e i software da adottare;
- Promuovere i principi etici e la cultura della prevenzione della corruzione.

Pertanto il RPCT individua, in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane e con l'organo di indirizzo, nonché con la UOC Ricerca, Formazione e Cooperazione Internazionale i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi.

1. La rotazione ordinaria

La rotazione c.d. ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

La rotazione del personale è una misura organizzativa preventiva finalizzata al 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 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 delle funzioni nel triennio 2023-2025

La rotazione, in quanto misura organizzativa innovativa rispetto allo status quo, determina, nel breve periodo, una riduzione della capacità di intervento in tempi rapidi. Nel triennio 2023-2025 è in corso l'adozione di provvedimenti volti ad assicurare la rotazione ordinaria.

2. Le misure specifiche

Al di là delle misure generali di prevenzione l'AORN metterà in campo delle azioni specifiche di prevenzione, in primis la mappatura dei processi e la correlata valutazione dei rischi associata a ciascun processo.

Tale attività deve essere approfondita nel corso del 2023, al fine dettagliare in modo preciso e specifico i diversi processi.

2.1. La mappatura dei processi

Consiste nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione, e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

- a) Identificazione del processo – è il primo passo. I processi individuati devono far riferimento a tutta l'attività svolta dall'amministrazione e non solo a quei processi che sono ritenuti – per varie ragioni, non suffragate da una analisi strutturata – a rischio;
- b) Descrizione del processo – dopo aver identificato i processi è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione.

Gli elementi utili per la descrizione di un processo sono:

- elementi di ingresso che innescano il processo – input;
- risultato atteso del processo – output;
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output – le attività;
- momenti di sviluppo delle attività – le fasi;
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento;
- vincoli;
- risorse e interrelazioni;
- criticità.

La legge 190/2012 e i Piani Nazionali Anticorruzione, che si sono succeduti dal 2013 ad oggi, individuano alcune aree che, in base all'esperienza nazionale ed internazionale, sono da ritenersi ricorrenti nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Queste aree sono state via via integrate ed aggiornate e sono state classificate in obbligatorie, generali e specifiche.

Le aree di rischio prese in considerazione dal presente PPCT sono:

- Acquisizione e gestione del personale;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Attività di vigilanza, controllo, ispezione;
- Attività Legale e Procedimenti sanzionatori;
- Attività libero professionali e liste di attesa;
- Contratti pubblici;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Gestione di risorse economico-finanziarie;
- Incarichi e nomine;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Rilevazione presenze.

2.2. La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macrofase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l'identificazione del rischio;
- l'analisi del rischio;
- la ponderazione del rischio.

2.3. La identificazione degli eventi rischiosi

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare i 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.

In questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. Per poter procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni amministrazione utilizzi una pluralità di tecniche e prenda in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative. A titolo esemplificativo, le fonti informative utilizzabili sono costituite da:

- le risultanze dell'analisi del contesto esterno ed interno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;

- le risultanze dell’attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo;
- interno (es. internal audit) laddove presenti;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altre modalità (es. segnalazioni raccolte dall’URP);
- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall’ANAC per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa, analizzati nel corso di momenti di confronto e collaborazione.

2.4. L’analisi del rischio

L’analisi del rischio ha come obiettivi quelli di:

- pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso l’analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione;
- stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

L’analisi dei fattori abilitanti – consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. Alcuni esempi:

- mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli);
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Anche in questo passaggio il coinvolgimento della struttura organizzativa è indispensabile. La stima del livello di esposizione al rischio – in questa fase l’analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività.

I criteri per la valutazione dell’esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti. Di seguito vengono forniti alcuni esempi di indicatori di stima del livello di rischio:

- livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo / attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie ad esprimere un giudizio motivato sui criteri di valutazione di stima del livello di esposizione del rischio deve essere coordinato dal RPCT. Le informazioni possono essere rilevate da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati, oppure attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. self assessment). In ogni caso, per le valutazioni espresse bisognerà esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto.

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si dovrà pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso). Nel condurre questa valutazione complessiva è opportuno precisare che:

- nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi, siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nello stimare l'esposizione complessiva del rischio;
- è opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico.

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di “agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione”.

Per quanto riguarda le azioni da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione. La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

2.5. Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, devono essere individuate misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

L'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" del PTPCT.

Le principali tipologie di misure generali e specifiche che possono essere individuate sono:

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"

2.6. Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. A riguardo, si possono distinguere due sottofasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

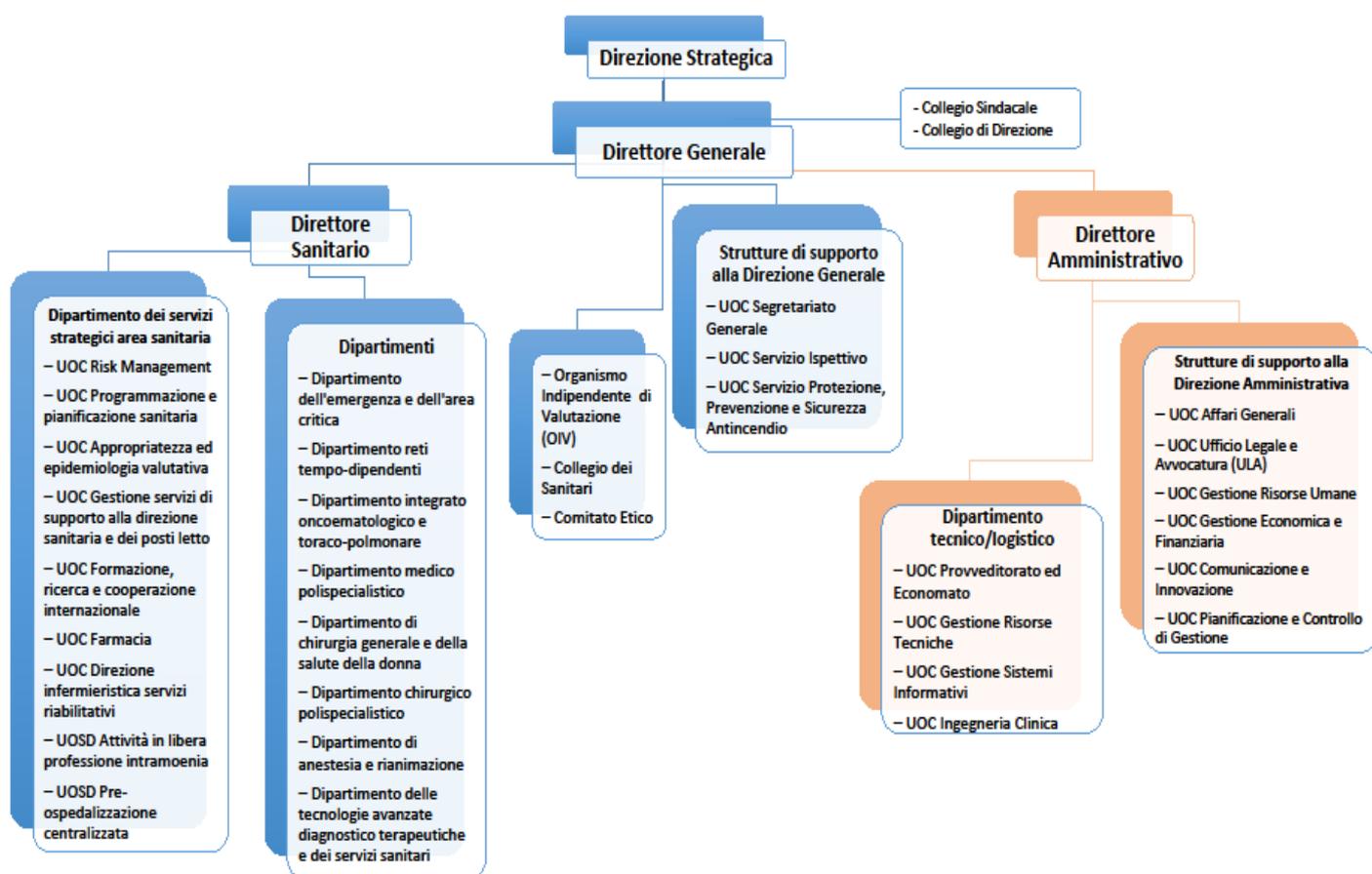
Sono le fasi in cui vengono verificate l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare le modifiche necessarie.

SEZIONE 3 - Organizzazione e capitale umano

5. Organizzazione e capitale umano

5.1 Struttura organizzativa

In questa sezione viene presentato il modello organizzativo adottato dall’AORN Cardarelli. Di seguito, l’organigramma previsto da Atto Aziendale che offre una rappresentazione grafica della struttura organizzativa aziendale.



5.2 Capitale umano

L’azienda individua uno dei propri punti di forza nelle risorse umane, nelle persone che con la loro professionalità concorrono a fare dell’ospedale un luogo di eccellenza. Si riportano nella tabella di seguito i numeri dei professionisti presenti in Azienda, suddivisi per tipologia (così come previsto dai CC.NN.LL. delle diverse aree attualmente vigenti).

Il numero di dipendenti in servizio al 31.12.2024 è pari a **3.856** unità.

Si registra un incremento del numero dei dirigenti come da prospetto:

Personale dirigenziale al 31.12.2023	Personale dirigenziale al 31.12.2024	variazione %
909	924	2%

Si registra, altresì, un incremento del personale non dirigenziale, a seguito di reclutamento di risorse mediante concorsi e altre modalità di assunzione previste dalla Legge (mobilità, scorrimenti di graduatorie);

Personale non dirigenziale al 31.12.2023	Personale non dirigenziale al 31.12.2024	variazione %
2858	2.932	2,5%

Al 31.12.2024, pertanto, la dotazione organica, distinta per qualifica, in forza presso l'AORN è come di seguito illustrato:

Personale Amministrativo		n.
Assistente tecnico/Amministrativo		100
Coadiutore Amministrativo		77
Collaboratore Amministrativo / Tecnico Professionale		56
Commesso		15
Totale		248
Personale Sanitario/Tecnico/Socio Sanitario/Professionale		
Collaboratore Professionale Sanitario (sono contenute le diverse figure professionali rientranti nella medesima categoria)		2.023
Collaboratore Professionale Tecnico		23
Operatore tecnico e socio sanitario		638
Totale		2.684
Personale Dirigenziale		
Dirigenza TAP		
Dirigente Amministrativo		9
Dirigente Architetto		2
Dirigente Avvocato		3
Dirigente Analista		4
Dirigente Ingegnere		7
Totale		25
Dirigenza Medico-Sanitaria		
Dirigenza Medica		845
Dirigenza Sanitaria		54
Totale		899
Totale Complessivo		3.856

5.3 Organizzazione del lavoro agile (P.O.L.A.)

L'obiettivo aziendale in materia di lavoro agile è rappresentato dal miglioramento dei servizi pubblici in coerenza con la propria mission generale, al quale si aggiunge al contempo il conseguimento delle ulteriori finalità rappresentate dall'ottimizzazione di nuove forme di innovazione organizzativa e dal miglioramento degli equilibri tra tempo libero e lavoro.

L'approccio è quello di un'applicazione progressiva e graduale con un programma di sviluppo triennale. Per la piena realizzazione delle modalità di lavoro agile, occorre instaurare collaborazione tra l'amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale collaborazione si basa sui seguenti principi:

- a. flessibilità dei modelli organizzativi;
- b. autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- c. responsabilizzazione sui risultati;
- d. benessere del lavoratore;
- e. utilità per l'amministrazione;
- f. tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- g. cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- h. organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- i. equilibrio in una logica *win-win*: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Visto le caratteristiche particolari di questa Amministrazione, Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione, quanto riportato nel prosieguo del documento si applica, laddove possibile, ai dipendenti dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico.

5.4 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

A seguito del manifestarsi, a partire dai primi mesi del 2020, dell'emergenza sanitaria l'AORN A. Cardarelli ha sin da subito dato disposizioni al proprio personale al fine di organizzare, compatibilmente con le esigenze aziendali, modalità di lavoro agile per i lavoratori che ne avessero fatto richiesta. Con nota prot. n. 1609 del 18/03/2020 "Misure di contrasto alla diffusione del contagio dal virus Covid-19 – accesso alla modalità di lavoro agile", al fine di garantire la massima tutela nei confronti dei lavoratori, si è disposto che ciascun

Direttore/Responsabile di U.O. amministrativa, tecnica e professionale organizza le attività lavorative all'interno della rispettiva struttura, favorendo, ove possibile, forme di lavoro agile.

In seguito venivano dettate misure per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, e precisamente:

- congedi ordinari;
- permessi retribuiti ex art.42 d.lgs. 151/01;
- permessi ex art. 33 legge n. 104/92;
- congedo parentale;
- assenza per emergenza;
- quarantena;
- lavoro agile.

Modalità attuative

L'azienda ha disposto che:

- i dipendenti appartenenti al ruolo Amministrativo, Tecnico e Professionale possono richiedere, secondo le modalità definite dalla Direzione Strategica, al Direttore e/o Dirigente Responsabile dell'Unità operativa di appartenenza di essere autorizzati a svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità di "lavoro agile";
- il Direttore UOC, presso cui è incardinato il dipendente che richiede l'autorizzazione al "lavoro agile", individua le attività compatibili con l'esecuzione del rapporto di lavoro in modalità "agile".

A tal proposito, pare opportuno rilevare che si considerano tali quelle attività che non necessitano per il loro espletamento della presenza fisica in ufficio e siano, dunque, almeno in parte delocalizzabili, senza recare disagio alla funzionalità, efficienza e trasparenza della struttura organizzativa, quindi con la presenza di un nucleo operativo sufficiente ad impedire rallentamenti delle procedure e disservizi.

Il direttore della U.O.C. provvede alla pianificazione delle attività da delocalizzare assegnando obiettivi al personale individuato che potrà accedere alla modalità del lavoro agile, dovrà monitorare le attività affidate e verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai dipendenti.

I direttori, qualora valutassero l'opportunità di accedere a tale modalità di lavoro, dovranno comunque garantire una piena operatività e disponibilità e, laddove necessario, la presenza in servizio.

Il dipendente dovrà presentare al proprio direttore un'istanza con la quale chiede l'autorizzazione al lavoro agile, contenente i seguenti dati:

- utenza telefonica fissa o mobile con dichiarazione di reperibilità nell'ambito dell'orario di lavoro istituzionale;

- dichiarazione circa la disponibilità dei propri dispositivi e strumenti tecnologici utilizzabili, garantendo adeguati livelli di sicurezza e protezione di rete; qualora l'attività da svolgere presso il proprio domicilio richieda l'accesso ad applicazioni telematiche aziendali, il direttore U.O.C. di appartenenza del dipendente autorizzato provvederà ad inoltrare apposita richiesta di abilitazione al direttore UOC G.S.I., il quale dovrà verificare la fattibilità, garantendo la sicurezza della connessione senza che possano derivare pregiudizi alle anche dati aziendali, nel rispetto della normativa della privacy.

Qualora il dipendente autorizzato dovesse, per motivi eccezionali, allontanarsi dal proprio domicilio dovrà immediatamente comunicare al proprio servizio l'interruzione della prestazione e recuperare l'orario.

Sono a carico del dipendente le spese riguardanti i consumi elettrici, di connessione alla rete Internet e le comunicazioni telefoniche necessarie all'espletamento delle proprie attività professionali.

Il dipendente che è stato autorizzato al lavoro agile è tenuto al rispetto di quanto previsto nella delibera n.920/2019 che ha disciplinato il trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/79, incaricando tutti i dipendenti al corretto trattamento dei dati. Il dipendente che è stato autorizzato al "lavoro agile" è tenuto, altresì, anche se presso il proprio domicilio, a rispettare il regolamento aziendale vigente per l'utilizzo delle risorse informatiche.

Infine, si richiamano gli obblighi sanciti per i dipendenti pubblici inerenti l'osservanza di quanto previsto dal regolamento aziendale delibera n.496/2014 emanato in attuazione del codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n.62/2013.

I direttori, ove valutassero concedibile l'accesso alla modalità di "lavoro agile", dovranno favorire il personale appartenente alle seguenti categorie nel rispetto dell'ordine di priorità:

- affetti da gravi e comprovate patologie per le quali residui una ridotta capacità lavorativa, o immunodepressi o trapiantati;
- lavoratori con figli affetti da disabilità ai sensi dell'art.3 legge 104/92;
- dipendenti che devono attendere alla cura dei figli minori, non risultando altro familiare convivente che possa provvedere all'assistenza;
- dipendenti che devono attendere alla cura di parenti conviventi affetti da gravi patologie in assenza di altro familiare convivente che possa attendere alla cura degli stessi.

L'Azienda non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti contrari al corretto e diligente svolgimento della prestazione lavorativa e per esigenze di servizio, può revocare in qualsiasi momento l'autorizzazione concessa al lavoro agile. In tale ultimo caso, il lavoratore dovrà riprendere la prestazione lavorativa presso la sede dell'Azienda dal giorno successivo alla ricezione della comunicazione di revoca.

Procedura e svolgimento della prestazione

I dipendenti che intendono richiedere l'accesso al lavoro agile dovranno:

- presentare apposita domanda al direttore della struttura di appartenenza, che la valuterà sulla base delle specifiche esigenze aziendali e del personale;
- assicurare, prima di procedere con l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, la disponibilità e il corretto funzionamento degli strumenti informatici in propria dotazione necessari allo svolgimento dell'attività;
- espletare l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione informatica di proprietà e collegarsi alla rete aziendale attraverso le tecnologie ritenute opportune e congrue dalla UOC GSI;
- possedere un computer con sistema operativo aggiornato, un antivirus aggiornato e creare un account specifico per l'uso nei momenti di lavoro se il computer è usato anche da familiari o conviventi, nel caso contrario devono garantire l'accesso riservato, non devono salvare password per accedere agli applicativi di lavoro e devono proteggere il computer utilizzato e autorizzato con password di sicurezza (almeno 8 caratteri e presenza di minuscole, maiuscole e caratteri speciali);
- garantire, al fine di garantire una efficace ed efficiente interazione e un completo svolgimento dell'attività lavorativa, il collegamento telefonico e via mail nella fascia oraria lavorativa prescelta; durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere con immediatezza.

Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una modalità di accesso da remoto sicura con credenziali rilasciate dalla UOC GSI, che consentirà l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari alla prestazione lavorativa.

Resta inteso che l'autorizzazione definitiva sarà rilasciata previa verifica tecnica della raggiungibilità della sede di lavoro agile da parte della rete aziendale e la compatibilità delle dotazioni informatiche in possesso del dipendente.

Il dipendente potrà essere raggiungibile telefonicamente facendo inoltrare le chiamate sul proprio telefono personale o, se assegnato, sul telefono di servizio, fermo restando che deve essere sempre possibile poter raggiungere il dipendente. In alternativa il dipendente potrà essere raggiunto attraverso lo strumento aziendale Microsoft Teams già in dotazione o su strumenti ulteriori basati su tecnologia analoga messi a disposizione dalla UOC GSI.

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

La modalità di lavoro agile, sulla base di motivate esigenze organizzative, può essere svolta anche in giornate alternate ovvero con possibilità di accesso agli uffici al fine di reperire documentazione necessaria allo svolgimento di attività in smart working

Percorsi formativi

Le nuove forme che il lavoro sta assumendo spingono sempre di più a rivedere la normale organizzazione del lavoro e dei tempi ad esso dedicati.

L'introduzione dello smart working è quindi una buona prassi, un'azione migliorativa per intervenire e ridurre il rischio di stress lavoro-correlato e di conseguenza migliorare l'organizzazione aziendale, ottenere un maggior coinvolgimento della persona e un rendimento maggiore. Affinché tale novità sia efficace e ottenga risultati, occorre che sia preceduto da una buona comunicazione e da opportune attività formative, che favoriscano una regolare attività di smart working.

In tal senso sarà cura dell'Azienda organizzare specifici corsi di formazione, sia per il personale di comparto che per la dirigenza, al fine di coinvolgere il maggior numero di dipendenti in questa nuova modalità di lavoro e accompagnarli in questo nuovo processo di cambiamento delle abitudini lavorative.

Alcuni dei possibili argomenti dei percorsi formativi sia per i dirigenti che per il personale di comparto, da valutare di volta in volta a seconda delle esigenze aziendali, sono riportati di seguito.

Soggetti Del Lavoro Agile

Di seguito vengono brevemente descritti i soggetti coinvolti e il loro ruolo nelle diverse fasi del processo.

Dirigenti

Direttore della struttura di riferimento: il direttore/dirigente dell'ufficio a cui afferisce il dipendente che richiede l'attivazione del lavoro agile, deve operare una attenta valutazione sulle prestazioni lavorative in forma agile, motivare la scelta autorizzativa e monitorare/verificare l'attività svolta in smart working.

Direttore U.O.C. GSI: fornisce al lavoratore gli strumenti software per l'accesso in sicurezza alla rete aziendale. Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane: provvede alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working e procede al monitoraggio informandone la Direzione Strategica.

Personale Dipendente

Presenta apposita domanda al direttore della struttura di appartenenza e prima di procedere con l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, deve assicurare la disponibilità e il corretto funzionamento degli strumenti informatici in propria dotazione necessari allo svolgimento dell'attività.

Comitato Unico Di Garanzia (CUG)

Sulla base di quanto previsto dalla Direttiva n. 2/2019, occorre valorizzare il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile al fine di favorire e promuovere politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Organismo Indipendente Di Valutazione (OIV)

Così come per quanto definito nel Piano della performance, anche per quanto riguarda il POLA, il ruolo dell'OIV è fondamentale non solo ai fini della valutazione della performance organizzativa, ma anche per la verifica degli indicatori e per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.

Responsabile Della Transizione Al Digitale (Rtd)

È a conoscenza degli sviluppi digitali dell'amministrazione e può intervenire sulle attività "smartabili", sui processi formativi di apprendimento dei nuovi strumenti digitali e sull'ammodernamento dei servizi digitali offerti ai dipendenti. Definisce un modello di maturità ("maturity model") delle amministrazioni che individui i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari.

Strumenti e Programma di sviluppo del lavoro agile

Relativamente agli strumenti necessari per l'espletamento dell'attività lavorativa in modalità agile/smart working, il dipendente deve assicurare di possedere gli strumenti informatici necessari per svolgere l'attività anche al di fuori della normale sede lavorativa, mentre l'Azienda deve rendere disponibile anche da remoto la possibilità collegarsi alla rete aziendale così da garantire al dipendente la possibilità di usufruire, ove possibile, dei sistemi informativi che normalmente potrebbe utilizzare in ufficio. Inoltre devono essere garantiti sistemi di rilevazione della presenza da remoto, così da verificare l'effettiva presenza in servizio del dipendente.

La messa a regime delle nuove modalità di lavoro agile può avvenire gradualmente nel corso del prossimo triennio, sulla base della programmazione aziendale. Viene sviluppato un apposito sistema di indicatori, sulla base di quanto proposto dalle linee guida nazionali, al fine di misurare lo stato di avanzamento, lungo tre diverse fasi: avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato. Nell'arco di un triennio, l'amministrazione deve giungere ad una fase di sviluppo avanzato in cui devono essere monitorate tutte le dimensioni indicate.

A consuntivo, dopo ogni fase, l'amministrazione dovrà verificare il livello raggiunto. I risultati misurati, rendicontati in apposita sezione del Piano della Performance, rappresenteranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

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

5.5 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Con deliberazione n. 599 del 19.06.2020 ad oggetto “Adozione procedura amministrativo-contabile per adeguamento alle disposizioni dettate dal DCA 27 del 05.03.2019: Procedura PE1 Gestione del personale”, è stata disciplinata la procedura amministrativo-contabile dell’Azienda volta a comprendere:

- il fabbisogno delle unità lavorative, distinte secondo ruoli e profili professionali, allocate in base alle strutture operative previste dall’Atto Aziendale;
- le forme giuridiche previste dalla normativa vigente e dai contratti collettivi di riferimento, attraverso le seguenti fasi:
 - reclutamento delle figure professionali;
 - sottoscrizione del contratto;
 - adempimenti successivi alla sottoscrizione del contratto;
- l'intero procedimento di rilevazione delle presenze/assenze nel sistema, attraverso le seguenti fasi:
 - rilevazione delle presenze;
 - generazione e trasmissione dei cartellini orario del personale dipendente;
- l'intero procedimento di pagamento del personale, attraverso le seguenti fasi:
 - elaborazione delle retribuzioni mensili;
 - elaborazione dei cedolini e completamento degli adempimenti previdenziali e fiscali.

Il piano triennale dei fabbisogni del personale (P.T.F.T.) 2023 – 2025 (cfr. **Deliberazione del Direttore Generale n. 1101 del 13.11.2024 ad oggetto: Adozione, in via definitiva, del Piano Triennale Fabbisogno del personale (PTFP) - Triennio 2023- 2025**) è stato predisposto in conformità con l’art. 6 D.lgs. n. 165/2001 e con la DGRC n. 593 del 22.12.2020 contenente il disciplinare tecnico della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSR oltreché nel rispetto dei vincoli di spesa imposti dalla Legge n. 191/2009, anche alla luce del contenimento del costo del biennio 2023-2025.

Si precisa che la Legge n. 207/2024 ad oggetto “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027” prevede all’art. 1, comma 165 che “le pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività di tutoraggio e di affiancamento ai neoassunti e per esigenze funzionali, possono trattenere in servizio, previa disponibilità dell’interessato, il personale dipendente di cui ritengono necessario continuare ad avvalersi... fino e non oltre al compimento del settantesimo anno di età.”

L’amministrazione si riserva di tenere in considerazione gli anni di servizio e le prospettive assunzionali dell’Azienda.

Tabella A PTFP 2023-2025

AO CARDARELLI	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 SSN	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025
RUOLO SANITARIO	2.703	3.635	932	485	237	140	108
Dirigenti Medici	822	1.073	251	188	68	48	72
Dirigenti Sanitari non medici di cui dirigenti professionisti sanitarie di cui farmacisti	51	99	48	15	4	4	7
di cui altri sanitari non medici	1			2		1	1
di cui tecnici sanitari	19			7		1	6
di cui altri sanitari non medici	31			6	4	2	-
Personale del comparto area sanitaria di cui infermieri	1.830	2.463	633	282	165	88	29
di cui ostetriche	1.544	1.846	302	194	136	58	-
di cui tecnici sanitari	18	24	6	6	-	3	3
di cui altro comparto sanitario	244	417	173	60	22	13	25
	24	176	152	22	7	14	1
RUOLO SOCIO SANITARIO	420	587	167	165	97	68	-
Personale del comparto area socio-sanitaria di cui OSS	420	587	167	165	97	68	-
di cui assistenti sociali	408	570	162	160	92	68	-
	12	17	5	5	5	-	-
RUOLO TECNICO	119	202	83	60	48	7	5
Dirigenti	1	30	29	6	3	3	3
Personale del comparto area tecnica	118	172	54	54	45	7	2
RUOLO PROFESSIONALE	16	27	11	10	1	3	6
Dirigenti	11	20	9	8	1	2	5
Personale del comparto area professionale	5	7	2	2		1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO	271	413	142	75	9	5	61
Dirigenti	10	63	53	2			2
Personale del comparto area amministrativo	261	350	89	73	9	5	59
TOTALE	3.529	4.864	1.335	795	392	223	180

5.6 Strategia di copertura del fabbisogno

L'AORN Cardarelli è costantemente impegnata nell'assicurare alti standard clinici e di assistenza, effettuando un continuo monitoraggio della qualità dei servizi offerti. Le attività per la cura e l'assistenza dei pazienti sono basate su protocolli tecnici, elaborati da team multidisciplinari e continuamente aggiornati sulla base di Linee guida e protocolli nazionali e internazionali.

Pertanto l'Azienda è impegnata in una politica di reclutamento del personale tesa a garantire le migliori competenze disponibili. Alla luce della programmazione espressa nel Piano, sono valutate le richieste di arruolamento del personale avanzate dai Direttori di struttura le quali, in ultima istanza, sono autorizzate dalla Direzione Strategica.

La modalità di arruolamento fa parte delle scelte di politica di gestione delle risorse umane. È infatti priorità strategica poter contare su graduatorie proprie attive per i principali profili professionali, così da poter governare in autonomia le fonti di accesso. L'utilizzo di graduatorie di altri enti secondo accordi con gli stessi, qualora rispondenti ai requisiti ricercati, permette arruolamenti con tempistiche solitamente ridotte.

In caso di urgenza motivata dal mantenimento delle attività per non incorrere nella interruzione di pubblico servizio, nelle more di una procedura concorsuale, l'Azienda ricorre ad arruolamento di personale con contratto di lavoro a tempo determinato. La carenza di personale sanitario registrata negli ultimi anni, soprattutto con riferimento a figure altamente specializzate, ha reso invece meno efficaci i percorsi di mobilità tra aziende. L'AORN Cardarelli ricorre inoltre, in via minoritaria, alle altre tipologie contrattuali disponibili, come ad esempio i contratti di lavoro autonomo oppure di somministrazione, assicurando in tal modo un grado di flessibilità utile a rispondere a specifiche e contingenti necessità di personale.

Il reclutamento di personale esterno per la copertura del fabbisogno aziendale, tenuto conto dei vincoli di spesa e delle normative in materia di lavoro, avviene secondo modalità e procedure stabilite dalla legislazione vigente utilizzando gli istituti giuridici disciplinati dalle seguenti norme specifiche, oltre che dai CCNL in essere per la Dirigenza di Area Sanità, per la Dirigenza Professionale, Tecnica E Amministrativa e per il Comparto:

- Avvisi di mobilità in entrata;
- Bandi per pubblico concorso e Avvisi a tempo determinato;
- Avvisi di conferimento incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa;
- Utilizzo graduatorie di altri Enti;
- Avvisi di stabilizzazione;
- Avvisi di conferimento incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo.

5.7 Piano delle azioni positive 2025-2027 (P.A.P.)

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (AORN) Antonio Cardarelli rappresenta uno strumento strategico elaborato dal Comitato Unico di Garanzia (istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 277 del 15/03/2019) per promuovere il benessere organizzativo, la parità di genere, l'inclusione e le pari opportunità all'interno dell'istituzione. Il presente Piano si pone l'obiettivo di prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione e promuovere un ambiente di lavoro equo, inclusivo e rispettoso delle differenze, coerentemente con gli obiettivi fissati dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) e dal quadro normativo vigente Decreto Legislativo n. 198/2006 – Codice delle Pari Opportunità, art. 48 D.lgs. 198/06, 'Codice delle pari opportunità tra uomo e donna'; articolo 6 della Legge 28 novembre 2005, n. 246, "il Piano delle Azioni Positive deve essere obbligatoriamente presentato dalle P.A., al fine di non incorrere nella sanzione prevista per i soggetti inadempienti"; D. Lgs. 165 del 2001, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche" (art. 6, c.6), il quale dispone il blocco dell'assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette.

Il Piano delle Azioni Positive 2025/2027 è quindi un impegno concreto e condiviso, in cui i valori di rispetto, inclusione e collaborazione costituiscono il fondamento di un'istituzione ospedaliera moderna e orientata al futuro.

A manifestare quanto sia importante lo stimolo che le amministrazioni pubbliche possono fornire nello svolgere un ruolo positivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale, è la Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella P.A. con la Ministra per i Diritti e le Pari Opportunità, "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche", con un richiamo particolare alla direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, nonché la Delibera della Giunta Regionale n. 41/2023 "P.I.A.O. (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) e agli obiettivi di sostenibilità sociale fissati dall'agenda ONU 2030".

Contesto

L'AORN Cardarelli, in qualità di struttura di eccellenza nel panorama sanitario italiano, riconosce l'importanza di politiche attive per migliorare la qualità della vita lavorativa del proprio personale, garantendo al tempo stesso una maggiore efficienza e qualità nei servizi offerti ai pazienti. Il Piano per il triennio 2025/2027, in continuità con il precedente, si inserisce in un contesto organizzativo che si propone di affrontare le sfide attuali e future attraverso interventi mirati su:

- la promozione della parità di genere in ogni livello decisionale e gestionale;
- l'adozione di politiche che favoriscano la conciliazione vita-lavoro;
- la prevenzione e il contrasto di molestie e discriminazioni sul luogo di lavoro;
- la valorizzazione delle competenze e il superamento di ogni forma di stereotipo di genere.

Il PAP si basa su un'analisi approfondita del contesto interno ed esterno dell'azienda ospedaliera, supportata dai dati raccolti attraverso il monitoraggio del benessere organizzativo e delle dinamiche lavorative. Questo approccio consente di individuare le priorità e gli ambiti di intervento in linea con i bisogni emergenti del personale e della collettività. Attraverso l'implementazione delle azioni previste nel piano, l'AORN Cardarelli intende consolidare il suo ruolo come modello di eccellenza non solo nell'assistenza sanitaria, ma anche nella promozione di un'organizzazione equa e rispettosa, capace di attrarre e trattenere talenti, favorendo il benessere di tutti i lavoratori e delle lavoratrici.

Quadro normativo di riferimento

- Costituzione art. 3, comma 2: “Pari dignità sociale ed eguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge;
- Costituzione art. 37, comma 1: “Uguaglianza di diritti e parità di retribuzione fra uomini e donne nel rapporto di lavoro”;
- D. Lgs n. 165 del 30/3/2001, art. 57 comma 1 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” con cui sono stati imposti dal legislatore alcuni tipi di azioni positive;
- D. Lgs. n. 198 dell'11/4/2006 - Codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della L. 246 del 28/11/2005 - che prevede l'obbligo dell'adozione del “Piano Triennale di Azioni positive” per le PP. AA. e sanzioni per l'amministrazione inadempiente;
- D. Lgs. n. 198 dell'11/4/2006, Art. 48, comma 1, da cui emerge che il Piano di Azioni Positive debba assicurare “la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità” nonché “realizzi la migliore utilizzazione delle risorse umane nella P.A.” aggiungendo che i Piani devono promuovere l'inserimento delle donne nei settori dove sono sottorappresentate;
- D. Lgs. n. 198 dell'11/4/2006, art.42 che esplicita il significato del termine “azione positiva”;

- Direttiva “Nicolais – Pollastrini” del 23/5/2007 nella quale si specificano, tra l'altro, i campi di intervento delle Azioni Positive fra cui l'organizzazione del lavoro, le politiche di reclutamento, la gestione del personale, la formazione e la cultura organizzativa;
- D.lgs. n. 150 /2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- L. 183 del 4/11/2010, art.21 (c.d. Collegato Lavoro) di modifica dell'art. 7 comma 1 lett. c) del D.lgs. 165 del 30/3/2001 dove si richiede, tra l'altro, alle PP.AA. di adoperarsi attivamente per eliminare ogni forma di discriminazione diretta o indiretta nelle fasi del lavoro pubblico quali l'accesso, il trattamento economico, le condizioni di lavoro, la formazione, le promozioni e la sicurezza sul lavoro;
- Direttiva del 4/3/2011 “Linee guida sul funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia” nella quale si esplicitano i ruoli e le funzioni dei CUG;
- Legge Regionale n.6/2014 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”;
- L. 124/2015 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” art. 14 “Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”;
- D.P.C.M. n. 3/2017 “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art. 14 della legge 7 agosto 2014, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere al conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- Delibere della CIVIT (ora ANAC) emanate in materia di pari opportunità, performance e di qualità dell'azione amministrativa:
 - Delibera n. 22/2011 “Indicazioni – sottoposte a consultazioni – relative allo sviluppo dell'ambito delle pari opportunità nel ciclo della gestione delle performance”;
 - Delibera n. 5/2012 “Linee guida ai sensi dell'art.13 comma 6 lettera b del D.lgs. 150/2009 relative alla struttura e modalità di redazione della “Relazione sulla performance”;
 - Delibera n. 6/2012 “Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance”.

Durata e diffusione del piano

Il presente piano ha durata triennale. Nel periodo di vigenza saranno raccolti pareri, consigli, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni dei problemi incontrati da parte del personale dipendente, in modo da poter procedere ad una scadenza ad un adeguato aggiornamento.

Obiettivi del Piano delle azioni positive (P.A.P.)

1. Promuovere le pari opportunità;
2. Garantire l'uguaglianza di genere in tutte le fasi della vita lavorativa, dalla selezione alla progressione di carriera;
3. Favorire la conciliazione vita-lavoro;

4. Implementare misure che facilitino l'equilibrio tra impegni professionali e personali, come il lavoro agile e orari flessibili;
5. Prevenire e contrastare le discriminazioni;
6. Sensibilizzare il personale e adottare misure preventive contro qualsiasi forma di discriminazione o molestia sul luogo di lavoro.

Obiettivo 1: Formazione Continua e Aggiornamento

Accrescere la consapevolezza sui temi delle pari opportunità.

Azioni	Attori	Tempi
A. Organizzazione di corsi annuali su prevenzione delle molestie B. Valorizzazione delle diversità C. Compagna di sensibilizzazione interne D. Attivazione della rete Regionale contro le discriminazioni E. Attivazione di una rete di collaborazione tra le diverse strutture dell'ente	CUG UOC Formazione	2025/2026/2027

Obiettivo 2: Contrastare le discriminazioni

Prevenire ogni forma di discriminazione e valorizzazione delle diversità.

Azioni	Attori	Tempi
A. Creazione di uno sportello di ascolto del CUG per il personale; B. Sviluppo di un sistema di segnalazione anonimo; C. Monitoraggio di episodi di vessazione, discriminazione, mobbing e molestie; D. Organizzazione di focus Group per la rilevazione delle criticità sul benessere organizzativo.	Direzione Generale Risorse Strumentali Direzione Generale Risorse Umane CUG	2025/2026/2027

Obiettivo 3: Potenziare il benessere organizzativo

Ridurre lo stress lavoro correlato e migliorare il clima aziendale

Azioni	Attori	Tempi
A. Creare un ambiente inclusivo		
B. Redazione di un codice etico contro le discriminazioni		
C. Collaborazioni con associazioni locali per favorire l'inserimento lavorativo delle categorie protette	Direzione Generale Risorse Strumentali	2025/2026/2027
D. Individuazione dei temi emergenti sull'identità di genere	Direzione Generale Risorse Umane	
E. Adozione di strumenti atti ad evitarne la discriminazione anche in ambito di medicina di genere	CUG	
F. Diffondere lo studio e la ricerca nell'ambito della medicina di genere.		

Obiettivo 4: Flessibilità e conciliazione vita-lavoro

Azioni	Attori	Tempi
A. Implementazione del lavoro agile per le categorie di personale compatibili; B. Introduzione di turni flessibili e programmi di sostegno alla genitorialità C. Prevedere articolazioni orarie diverse legate a particolari esigenze di salute o familiari; D. Sperimentare nuove tipologie di organizzazioni flessibili del lavoro. E. Redigere un regolamento per il rientro dalla maternità	Direzione Generale Risorse Strumentali Direzione Generale Risorse Umane CUG	2025/2026/2027

Obiettivo 5: promuovere la leadership femminile

Aumentare la percentuale di donne nei ruoli di responsabilità

Azioni	Attori	Tempi
A. Workshop su empowerment e leadership; B. Programmi di mentoring per donne in carriera; C. Applicare metodologie premiali che tengano conto della qualità e della quantità della prestazione senza alcuna discriminazione di genere; D. Garantire che l'assegnazione di posizioni di responsabilità siano attribuite esclusivamente in maniera coerente alla posizione.	Direzione Generale Risorse Strumentali Direzione Generale Risorse Umane CUG	2025/2026/2027

Obiettivo 6: monitoraggio e valutazione

Garantire l'efficacia delle azioni verificate

Azioni	Attori	Tempi
A. Creazione di report annuali con indicatori di risultato (partecipazione ai corsi, segnalazioni gestite);	Direzione Generale Risorse Strumentali	2025/2026/2027
B. Revisione periodica del piano per adeguarla ai risultati ottenuti;	Direzione Generale Risorse Umane	
C. Il CUG in collaborazione con la Direzione Generale supervisionerà l'implementazione del piano con incontri semestrali per valutare i progressi e condividere i risultati	CUG	

5.8 Formazione del personale

La formazione e l'aggiornamento professionale assumono un ruolo strategico nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane e nel processo di miglioramento continuo dei servizi. Infatti, perseguire l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali - in modo da essere allineate con il progresso scientifico e tecnologico – significa di fatto migliorare qualitativamente le prestazioni rese. Sono considerati (oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali) uno strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

L'attività formativa è pianificata a livello centrale, tenuto conto dei fabbisogni formativi individuabili ed ulteriormente rilevabili secondo processi di coinvolgimento delle articolazioni aziendali o gruppi professionali o interprofessionali.

Le iniziative formative sono pianificate preventivamente ogni anno nel rispetto delle esigenze prioritarie dell'azienda attraverso l'adozione del Piano Formativo Annuale. Per i costi del Piano Formativo viene vincolata una spesa nei limiti di quanto previsto dall'art. 6 del D.lgs. 78/2010 convertito in legge 122 del 30.7.2010.

L'obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli standard qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti per renderli utili a renderli più coerenti alla mission aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro.

L'AORN è attivamente impegnata nello sviluppo delle professionalità per mezzo della attività formativa erogata dal Polo Didattico, struttura di formazione finalizzata a formare figure nell'ambito delle "professioni sanitarie". Il Polo Didattico è strutturato per fornire una preparazione di elevato livello scientifico, pratico e professionale.

Le attività formative vengono portate avanti in convenzione con Enti Universitari e sono svolte sia da docenti di provenienza accademica che da personale impegnato quotidianamente nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il Piano Formativo Aziendale anno (P.F.A.)

Il Piano Formativo Aziendale (P.F.A.) per l'anno 2025 prevede 5 fasi di progettazione ed approvazione:

1. analisi dei fabbisogni formativi e raccolta dati (macro progettazione): l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale raccoglie dati in relazione allo sviluppo di attività formative proposte dai Capi Dipartimento;
2. valutazione del Piano Annuale della Formazione: una volta raccolte tutte le proposte di Macro progettazione, l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale procede ad indire una riunione con il Tavolo Tecnico e con il Comitato Tecnico Scientifico come previsto dal Regolamento Aziendale della Formazione vigente, al fine di valutare la congruità delle proposte in piano. In tale fase è previsto lo svolgimento dell'Analisi di Fattibilità relativa al Budget messo a disposizione.
Le iniziative formative che hanno superato il vaglio del Tavolo e del Comitato, vengono inserite nel Piano Annuale della Formazione che viene sottoposto alla valutazione della Direzione Strategica che definisce il Piano;
3. la micro progettazione: di concerto con i responsabili scientifici dei progetti approvati della Direzione Strategica ed inseriti in piattaforma AGENAS, la U.O.C. Formazione Ricerca e Cooperazione Internazionale definisce la Micro progettazione. Quest'ultima concerne, in linea con gli obiettivi di ogni singolo evento, la stesura di un programma dettagliato, la scelta della tipologia di erogazione del corso (FAD, RES, FSC), la definizione della *faculty*, l'individuazione del mese, giorno e orario del corso, la scelta dell'aula, il numero di partecipanti e i loro profili professionali, il costo della quota di iscrizione se aperto agli esterni, ed ogni altra specifica articolazione dell'evento;
4. monitoraggio della formazione erogata secondo il piano: durante l'anno, l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale organizza una riunione con il Comitato Tecnico - Scientifico per verificare che i corsi erogati fino a quel momento siano in linea con il PFA approvato. I risultati attesi, secondo anche le normative vigenti della piattaforma regionale AGENAS, prevedono che vengano svolti almeno il 50% dei corsi proposti in piano;
5. report conclusivo: entro 90 giorni dalla data di fine di ogni corso, l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale stila un report finale del corso, che viene caricato sulla piattaforma AGENAS. Alla fine dell'anno, sulla stessa piattaforma regionale viene caricato, con i dati raccolti per ogni corso, il report finale di tutta la formazione annuale. Con i medesimi dati, viene redatto un Report Annuale da consegnare al Tavolo Tecnico, al Comitato Tecnico - Scientifico ed alla Direzione Strategica per mostrare i dati conclusivi dell'anno formativo, e per stabilire, per il successivo anno, parte del fabbisogno formativo derivato dai possibili "gap" riscontrati durante l'anno corrente.

Alla luce di quanto sopra esposto, la proposta di piano formativo per l'anno 2025, sulla base anche del numero dei corsi erogati nell'anno 2024, prevede una serie di corsi così ripartiti:

Dipartimenti area Sanitaria	n. corsi
Dipartimento integrato oncoematologico e toraco-polmonare	10
Dipartimento chirurgico polispecialistico	10
Dipartimento medico polispecialistico	5
Dipartimento di chirurgia generale e della salute della donna	3
Dipartimento reti tempo – dipendenti	3
Dipartimento di anestesia e rianimazione	25
Dipartimento tecnologie avanzate diagnostico terapeutiche e dei servizi sanitari	15
Dipartimento dell'emergenza e dell'area critica	11
Dipartimento dei servizi strategici dell'area medica	33
Totale	115
Strutture di supporto alla direzione amministrativa	13
Strutture Dipartimento tecnico logistico	11
Strutture di supporto alla direzione generale	20
Totale	44
Totale complessivo	159

5.9 Attività formativa Syllabus

In riferimento alla nota del Dipartimento della Funzione Pubblica prot. DEP – 0020194-P-23/03/2023 – recante la direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del marzo 2023 avente per oggetto “Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La Direttiva fornisce, in particolare, indicazioni metodologiche e operative per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative - considerate uno dei principali strumenti per migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese, e affidate ai dirigenti, per i quali rappresentano un obiettivo di performance - anche al fine di dare piena attuazione al Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

La piattaforma Syllabus offre ai dipendenti pubblici una formazione personalizzata, in modalità e-learning, a partire da una rilevazione strutturata e omogenea dei fabbisogni formativi, al fine di rafforzare le conoscenze, svilupparne di nuove, senza trascurare la motivazione, la produttività e la capacità digitale nelle amministrazioni, una maggiore diffusione di servizi online più semplici e veloci per cittadini e imprese. Gli ambiti sono le tematiche principali che contengono tutte le competenze ritenute strategiche e coerenti con il

tema e che potranno essere assegnate ai discenti. (transizione digitale, ecologica e amministrativa e Anticorruzione).

Per ottemperare alle prescrizioni indicate, l'Azienda ha proceduto, e procede tutt'ora nelle attività di monitoraggio periodico al fine di garantire la completa ottemperanza con le prescrizioni nazionali.

In tal senso l'Azienda ha previsto, innanzitutto per il personale amministrativo, il completamento dei percorsi formativi quale obiettivo di performance organizzativa per l'anno 2025 e per il personale sanitario idonei strumenti di supporto nella conclusione di tali corsi, mediante l'attivazione di servizi di tutoraggio con la presenza di tecnici di supporto.

Si illustra lo stato di avanzamento dei percorsi conclusi nel biennio precedente.

percorsi conclusi	2023	2024	2025
indicatore	9,2%	15,2%	miglioramento

SEZIONE 4: Monitoraggio

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

L'Azienda avvia un monitoraggio in itinere, fondamentale ai fini del raggiungimento dei risultati programmati in quanto consente, in caso di criticità, l'adozione di azioni correttive.

Monitoraggio valore pubblico e performance

Il monitoraggio delle sezioni Valore Pubblico e Performance avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10 comma 1, lettera b) del d.lgs. 150/2009, e nel Piano della Performance.

Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Il monitoraggio si effettua in conformità alle direttive dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e secondo quanto indicato nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.

Monitoraggio organizzazione e capitale umano

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato dall' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e secondo le specifiche contenute nel Piano della Performance compreso nel P.I.A.O.