



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Direttore Generale: Gaetano GUBITOSA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027

(art. 6 D.L. n.80/2021 convertito con modificazioni nella L.113/2021 e ss.mm e ii.)





REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE 2025-2027

Sommario

PREMESSA	5
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	7
1.1 PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA	7
<i>Chi siamo</i>	7
<i>Cosa facciamo</i>	8
<i>L’amministrazione “in cifre”</i>	11
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	16
2.1 VALORE PUBBLICO	16
<i>Digitalizzazione</i>	25
<i>Accessibilità per disabili ed over 65</i>	32
<i>Interventi di edilizia sanitaria</i>	32
<i>Tutela dell’ambiente e green economy</i>	34
2.2 PERFORMANCE	36
<i>Albero della performance</i>	37
2.2.1 Analisi del contesto	38
<i>Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali</i>	39
<i>Analisi del contesto esterno</i>	39
<i>Analisi del contesto interno</i>	40
<i>I dati di attività degli anni precedenti</i>	41
<i>Le attività nell’ambito delle relazioni con il pubblico</i>	47
<i>Comunicazione – Ufficio stampa</i>	49
<i>Le prospettive per l’anno 2025]</i>	51
2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	53
<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	55
<i>La valutazione della performance individuale</i>	56
2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI	59
<i>Obiettivi strategici assegnati all’Azienda</i>	59
<i>Obiettivi contenuti nella Direttiva del Direttore Generale per l’anno 2025</i>	61
<i>Obiettivi operativi</i>	61
2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE	63
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	64
2.3.1 L’iter di adozione e valore pubblico	67



2.3.2 La governance del sistema della prevenzione della corruzione e della trasparenza	68
2.3.3 Valutazione del rischio	70
2.3.4 Il trattamento del rischio.....	71
2.3.5 Obbligatorietà delle misure	74
2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico	75
2.3.7 La trasparenza ex D.Lgs 33/2013 e D.Lgs. 97/2016.....	76
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	80
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	80
<i>Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane</i>	<i>83</i>
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	84
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	91
3.3.1 Piano Aziendale di Formazione.....	92
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	94
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	94
4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza	95
4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile	96
4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale	97
Allegati	

PREMESSA

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) è stato previsto dall'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia". Le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di adozione del Piano entro il 31 gennaio di ogni anno. Esso ha durata triennale, aggiornato annualmente, con l'obiettivo di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso.

Con D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022 è stato emanato il Regolamento che individua ed abroga gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO e con il D.M. del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 24 giugno 2022 è stato adottato il *piano tipo*, quale strumento di supporto alle amministrazioni. Il PIAO si colloca nel più ampio scenario di riforma della PA, avviata anche attraverso l'adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Alla luce del suddetto quadro normativo, stante l'assorbimento da parte del PIAO degli adempimenti relativi ai documenti di programmazione già in essere e previsti da precedente normativa (piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza; piano della performance; piano triennale dei fabbisogni di personale; piano formazione; piano operativo lavoro agile; ecc.), l'Azienda procede all'elaborazione del PIAO entro il termine sopra specificato, raccordando i documenti di pianificazione già in essere.

Il PIAO dell'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano risulta in linea con il dettato normativo e con la propria missione istituzionale che consiste nell'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e di realizzare

le finalità del Servizio Sanitario Regionale nel proprio ambito di pertinenza di attività, impiegando – nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali – le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità. La prospettiva aziendale tende ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso servizi appropriati e che siano finalizzati ad ottenere un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. L'azione complessiva dell'Azienda è orientata a sostenere e sviluppare nella comunità la promozione della salute. Quest'ultima non solo è destinataria degli interventi, ma è anche realtà capace di esprimere bisogni, di sviluppare proposte, di selezionare le priorità di intervento e di partecipare al controllo dei risultati.

Per ottemperare a quanto previsto dalle vigenti norme sull'argomento, quest'azienda, con deliberazione n.630 del 4.8.2022, ha costituito un gruppo di lavoro che risulta così composto:

Componente del GdL (Del. n.630/2022)	Competenze
1. Ing. Umberto Signoriello - Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione	Referente aziendale (nota D.G. prot.29790/2022)
2. Dott. Alfredo Matano - Delegato del Direttore Sanitario	Componente G.d.L.
3. Dott.ssa Federica D'Agostino - Direttore UOC Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi informativi	Componente G.d.L.
4. Dott.ssa Carmela Zito - Direttore UOC G.E.F.	Componente G.d.L.
5. Dott.ssa Luigia Infante - Direttore UOC G.R.U.	Componente G.d.L.
6. Dott. Eduardo Chianese - Responsabile Trasparenza e prevenzione della corruzione - Direttore Affari Generali	Componente G.d.L.
7. Dott. Giovanni Sferragatta - Direttore S.I.A.	Componente G.d.L.
8. Dott.ssa Gabriella Perrotta - Referente U.R.P. con funzioni di segretario del GdL	Componente G.d.L.

Al termine delle attività svolte e dei diversi incontri tenutisi, il gruppo di lavoro ha elaborato la proposta a base del presente documento.

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

TIPOLOGIA ENTE	AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
DENOMINAZIONE	AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO
SEDE LEGALE	Via Palasciano snc – Caserta
PARTITA IVA	02201130610
DIRETTORE GENERALE	Dott. Gaetano Gubitosa
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Avv. Amalia Carrara
DIRETTORE SANITARIO	Dott.ssa Angela Annechiarico

1.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera è "Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione" per effetto del D.P.C.M. 23/04/1993.

Con Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 12254 del 22/12/1994 viene istituita l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta che ai sensi dell'art.3 comma 1 bis del D lgs n. 502/92 e s.m.i., ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia. L'Azienda sviluppa la sua attività nel contesto e nei limiti delle legislazioni e delle normative comunitarie, nazionali e regionale. Entro tali limiti essa agisce con autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale.

Con Deliberazione n. 189 del 25/03/2002 assume la denominazione di Azienda Ospedaliera "San Sebastiano" e successivamente, con deliberazione n.186 del 04/04/2006, assume l'attuale



denominazione di Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Sant'Anna e San Sebastiano".

La sede legale è in Caserta alla Via Palasciano (traversa di via Tescione) senza numero civico. L'Azienda ha Codice Fiscale/Partita IVA n.0220113061.

Il Logo attuale dell'Azienda è stato adottato con deliberazione n. 333 del 20/12/2019.

Il patrimonio è costituito da tutti i beni mobili e immobili a essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

- pazienti/utenti
- dipendenti
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

L'Azienda Ospedaliera di Caserta eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo:

- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza;
- visite mediche, assistenza infermieristica, atti e procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative necessari per risolvere i problemi di salute del cittadino, compatibilmente con il livello di dotazione strutturale e tecnologica delle singole Unità Operative Aziendali.

Partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno – infantile e degli anziani.

Promuove la ricerca, la didattica, la formazione, la qualificazione professionale e scientifica e l'addestramento del personale.

Cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione, rappresenta il fulcro per la gestione dell'Emergenza della Provincia di Caserta, ed eroga prestazioni sanitarie in regime di Ricovero Ordinario, in elezione

e da pronto soccorso, in regime di Day Surgery, Day Hospital e Day Service, fornisce, altresì, Prestazioni Ambulatoriali e PACC.

Nel corso degli anni, l'Azienda si sta specializzando nella diagnosi e nella cura di patologie sempre più complesse. Nell'ambito dei provvedimenti emanati dalla regione ed in ottemperanza alle disposizioni previste dal piano di rientro, l'Azienda ha modificato sensibilmente il proprio assetto organizzativo nell'ottica di garantire un'assistenza sanitaria sempre più qualificata e di elevare ulteriormente il livello di specializzazione della struttura ospedaliera attraverso il potenziamento di alcune branche specialistiche.

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", in applicazione dell'Atto aziendale approvato con Deliberazione di Giunta Regione Campania n. 654 del 16/11/2023, recepito con deliberazione di presa d'atto di questa azienda n.1080 del 30/11/2023, ha applicato le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018 di seguito elencate:

- è stata individuata quale DEA di II livello, rappresenta "hub per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS e CTZ per la rete trauma (serve anche Avellino a distanza di 59 Km, Benevento a 51 Km, area Nord di Napoli, Giugliano a 29 Km), Unità spinale (cod.28), è sede di neuroriabilitazione (cod.75) e riabilitazione intensiva (cod.56), spoke di II livello per la terapia del dolore, spoke di II livello per la rete emergenza pediatrica".
- si qualifica come sede/centro di riferimento per i seguenti servizi:
 - del Trasporto Neonatale di Emergenza (T.N.E) con estensione del servizio alle province di Benevento e Caserta;
 - del Coordinamento provinciale Donazione Organi e Tessuti;
 - di Bleeding Center;
 - di riferimento provinciale per le valutazioni immunologiche;
 - di riferimento per la sicurezza trasfusionale delle province di Avellino, Benevento e Caserta;
- è sede dei Corsi di Laurea in " Scienze Infermieristiche", "Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia" ed "Ostetricia" della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". La stessa, poi, oltre ad essere stata individuata dalla predetta Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento delle

attività teorico-pratiche degli studenti della stessa, è, altresì, parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ex Seconda Università), che della Università "Federico II" di Napoli.

Vision

L'Azienda ospedaliera di Caserta coltiva una visione strategica incentrata sui seguenti obiettivi:

- soddisfazione degli utenti, attraverso una risposta che sia adeguata al bisogno di salute espresso dal cittadino e che sia capace di privilegiare:
 - un approccio di cura globale, indirizzato a garantire il benessere psico-fisico della persona;
 - l'individuazione di percorsi concreti di umanizzazione dell'assistenza;
- soddisfazione degli operatori, attraverso la valorizzazione delle singole professionalità, la partecipazione ai processi decisionali, l'attuazione di politiche di benessere organizzativo;
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dei servizi erogati;
- adozione di formule assistenziali alternative, finalizzate a promuovere adeguatamente la salute pubblica e a favorire l'essenzialità e l'appropriatezza delle prestazioni;
- efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse umane ed economiche;
- collaborazione integrata e sinergica con le aziende sanitarie locali, enti territoriali e organismi no profit attivi in ambito sanitario e socio-assistenziale;
- potenziamento della comunicazione esterna e interna, come strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute e come attività che concorre alla costruzione di un "valore" per il cittadino e per l'operatore, contribuendo alla loro soddisfazione.

Principi Ispiratori

L'Azienda ospedaliera di Caserta programma e svolge la propria attività, ispirandosi ai seguenti principi:

- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO.**
- **EGUAGLIANZA** dei diritti di accesso, assistenza e trattamento, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche.

- **IMPARZIALITÀ** degli operatori nell'erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti ispirati a criteri di obiettività ed equità.
- **CONTINUITÀ** dell'assistenza senza interruzioni nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi.
- **DIRITTO DI SCELTA** dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria e alberghiera dell'Azienda e sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato.
- **DIRITTO DI PARTECIPAZIONE** del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alla gestione della vita dell'Ospedale, nell'ottica di un dialogo costruttivo che, evidenziando le criticità, affinché siano rimosse, e le eccellenze, affinché siano potenziate, contribuisce al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza offerta.
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA** del servizio.

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

- la prima, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte;
- la seconda, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute.

L'amministrazione "in cifre"

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta serve una popolazione riferita ad un bacino di utenza di circa 1.000.000 di cittadini residenti nell'intera provincia di Caserta e in più parti delle zone limitrofe.

Il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.103 del 28.12.2018, "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018", attribuisce a questa Azienda n.613 posti letto, ai quali si sono aggiunti ulteriori 32 posti letto di terapia intensiva ai sensi del DGRC 378/2020, per un totale di 645 posti letto, attualmente non tutti disponibili a causa dei lavori di ristrutturazione ex L.67/88 art. 20 e finanziati con il PNRR-PNC che stanno interessando una parte non trascurabile delle strutture aziendali.

Una notevole importanza nella risposta ai bisogni di salute da parte dell'Azienda Ospedaliera di Caserta è rappresentata dalla cura delle malattie del sistema cardiocircolatorio; in particolare, le più

incidenti per frequenza sono le malattie emorragiche intracraniche, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.

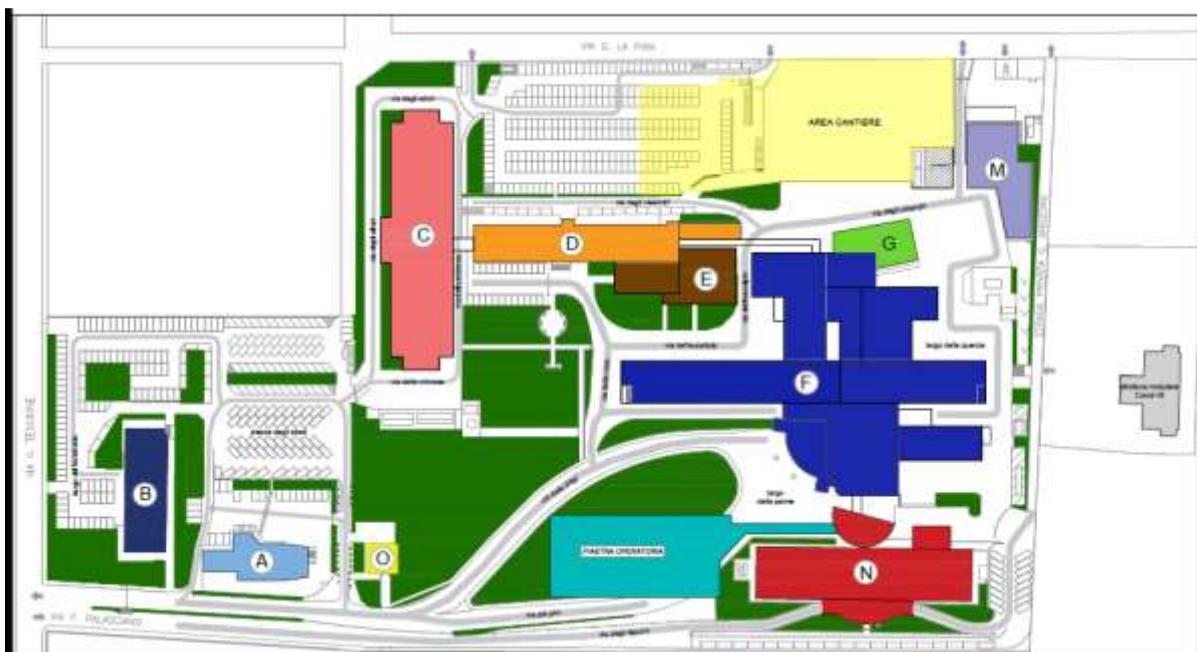
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell'area medica e chirurgica.

Ancora tra le richieste maggiori, oltre alla gravidanza, parto e puerperio, ci sono quelle delle malattie e dei disturbi del periodo perinatale. Un'altra significativa offerta è anche quella relativa alle malattie dell'apparato digerente, alle quali si aggiungono le malattie dell'apparato respiratorio ed osteoarticolare, le malattie otorinolaringoiatriche e, negli ultimi tempi, a causa di un non trascurabile incremento, quelle oncologiche, sia mediche, che chirurgiche.

Essendo la nostra azienda punto di riferimento provinciale per il 118 ed il TNE, essa assorbe anche una notevole utenza con patologia acuta, traumatologica ed intensiva, per la quale punti di eccellenza sono rappresentati dalla neurochirurgia e dal trauma-center.

L'azienda espleta le proprie attività all'interno di un unico presidio composto da 13 edifici contrassegnati ciascuno da una lettera diversa dell'alfabeto, impianto, come detto, oggetto di importanti lavori di ristrutturazione che ne modificheranno, nel prossimo futuro, l'attuale assetto.

Si riporta di seguito la pianta dell'Ospedale con l'indicazione degli edifici presenti:



Risorse umane

Il depauperamento progressivo del personale per cessazioni dal lavoro a vario titolo non sostituito, per molti anni, per il blocco delle procedure concorsuali, in ottemperanza alle direttive regionali e nazionali, risulta evidente se si analizza l'organico fino a qualche anno fa; ciò ha creato disfunzioni sul versante assistenziale, rendendo, a volte, problematica anche la risposta all'emergenza.

Tale situazione aveva determinato un invecchiamento anagrafico del personale addetto all'assistenza, incrementando il ricorso ad assenze per malattia e la concessione di esoneri dalla turnazione e da compiti assistenziali per inidoneità al ruolo.

Tuttavia, negli ultimi anni, si è invertita questa tendenza grazie all'attivazione di diverse procedure di reclutamento del personale sanitario ed amministrativo che tuttora proseguono.

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2024 è così riassunta:

PERSONALE	In servizio	Tempo determinato
Ruolo Sanitario	1372	31
Ruolo Socio-Sanitario	252	0
Ruolo Professionale	13	2
Ruolo Tecnico	87	0
Ruolo Amministrativo	108	0
Totale	1832	33
Totale DIRIGENZA MEDICA	382	24
Totale DIRIGENZA SANITARIA	28	0
Totale DIRIGENZA P.T.A.	19	2
Totale COMPARTO	1403	7
Totale	1832	33

Risorse tecnologiche

L'UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA si occupa della gestione del parco attrezzature sanitarie aziendali, col compito di garantirne operatività e sicurezza, tramite attività di manutenzione, aggiornamento, sostituzione e implementazione in concerto con la Direzione Strategica e le strutture utilizzatrici.

Il parco tecnologico dell'AORN, in termini di apparecchiature biomedicali, consiste in circa 6.500 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 45.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano in Azienda:

- N. 5 TC (una 16 slices, due 128 slices, una 256 slices, una 640 slices "cardiologica");
- N. 1 RMN 1.5 T;
- N. 4 Sistemi per angiografia (tre per emodinamica ed uno per radiologia interventistica);
- N. 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

L'UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA è coinvolta, in ambito PNRR, nella *Missione 6 "Salute", Componente 2* e Sub-Investimento *1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)* con l'obiettivo di ridurre l'obsolescenza delle apparecchiature, fattore che può compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza d'uso.

L'Azienda in base alle strategie condivise a livello regionale, ha previsto interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali, a valere sui Fondi PNRR, mediante l'approvvigionamento di n.2 Tomografi Computerizzati, n.1 Risonanza Magnetica, n.2 Angiografi, n.2 Ecotomografi multidisciplinari, n.1 Ortopantomografo, n.1 Telecomandato radiologico per esami da reparto, n.1 Telecomandato radiologico per esami da PS.

La manutenzione delle attrezzature biomedicali, è gestita dalla UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA per il tramite della società esterna di Global Service.

Risorse finanziarie

L'azienda Ospedaliera elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio è stata, inoltre, effettuata ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza. Il bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo



veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell'esercizio. In merito vedi quanto nei paragrafi che seguono del presente documento.

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

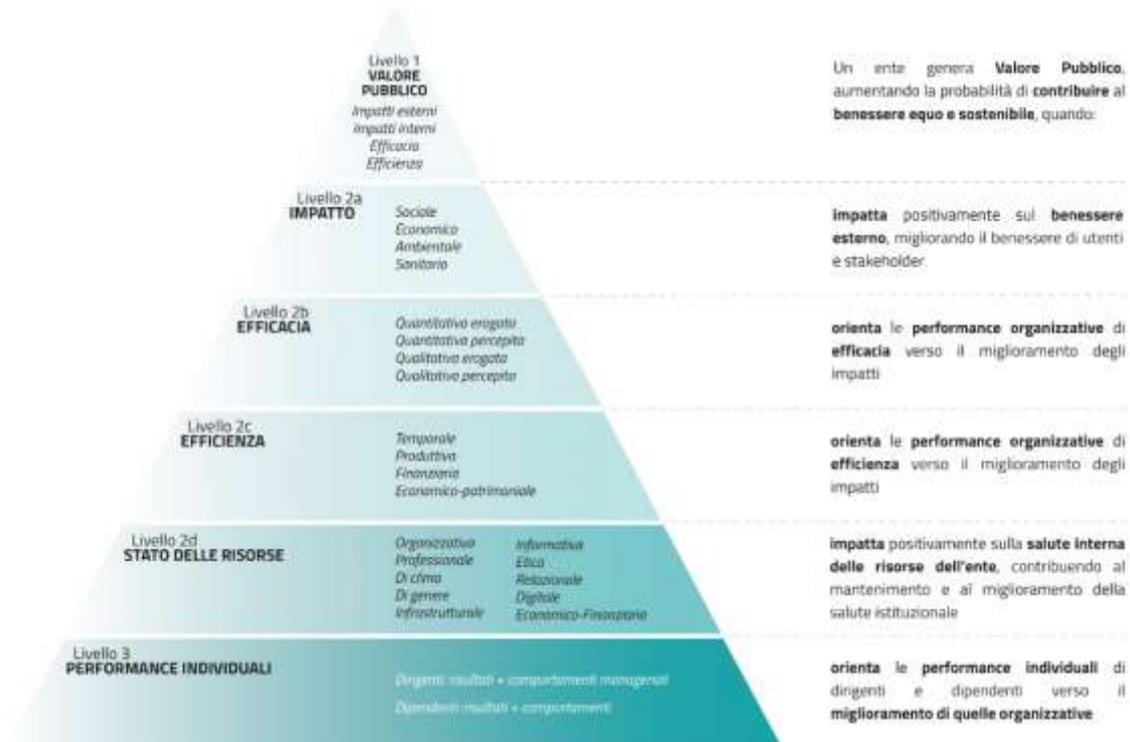
2.1 VALORE PUBBLICO

Obiettivi Generali

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Per Valore Pubblico, in senso stretto, si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

Tra i diversi modelli proposti per la misurazione del valore pubblico, quello proposto dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con la collaborazione del CERVAP (Centro di Ricerca sul Valore Pubblico) dell'Università degli Studi di Ferrara sembra essere quello maggiormente adattabile all'organizzazione di quest'azienda. Secondo tale modello, una rappresentazione sintetica dell'intero sistema di gestione del Valore Pubblico può essere rappresentato dalla cosiddetta *Piramide del Valore Pubblico* che viene riportata qui a seguire:



In generale, si può affermare che la creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale, nonché di benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

L'Azienda ha provveduto, tra l'altro, ad affidare alle strutture sanitarie competenti specifici obiettivi in grado di definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo.

Sul fronte della tutela delle diversità, l'Azienda ha programmato una serie di interventi mirati alla sensibilizzazione del personale e dell'utenza, anche attraverso la creazione di percorsi dedicati da individuare parallelamente a quelli ordinari. Inoltre, per dare attuazione a quanto programmato sull'argomento, sono stati predisposti anche alcuni percorsi formativi per la sensibilizzazione del personale dipendente. Per esempio, fanno parte del programma formativo aziendale dell'anno 2025 specifici focus dedicati alla corretta compilazione delle SDO.

L'azienda, inoltre, dal 2022 partecipa al Progetto "ENRICH Project: Enhancing the resilience of italian healthcare and hospital facilities" in convenzione con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Il progetto mira a migliorare la resilienza delle strutture sanitarie italiane rispetto all'adattabilità funzionale e alle prestazioni sismiche, con riferimento sia alle strutture immobiliari e tecnologiche, che a quelle organizzative e di gestione delle risorse umane.

Inoltre, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nell'apposita sottosezione dedicata alla performance gli obiettivi assegnati dal PTPCT che costituiscono obiettivi per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2025 -2027, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede.

Attività del C.U.G.

Nell'ambito della sensibilizzazione e motivazione del personale su tali argomenti, si inquadra anche la copiosa ed articolata attività svolta dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) aziendale di cui, alcune linee di attività, sono mirate, oltre che al benessere degli operatori, anche a quello dell'utenza, comprendendo anche le attività in passato proprie del *Piano delle azioni positive*.

Il benessere del dipendente e l'ambiente di lavoro sono strettamente interconnessi e giocano un ruolo fondamentale nella produttività, nella soddisfazione professionale, nella salute complessiva dei lavoratori e nel confort, unitamente alla qualità dei servizi in generale, offerta agli utenti.

Partendo da questa considerazione, nei periodi più recenti i membri del CUG, interfacciandosi anche con i colleghi e con gli altri dipendenti, sono stati invitati a valutare cosa nella loro quotidianità e nell'ambiente lavorativo potesse migliorare il loro benessere psico-fisico.

Si è riscontrata una comune necessità di migliorare gli spazi lavorativi, sia dal punto di vista delle infrastrutture, sia perseguendo l'Umanizzazione degli spazi di cura.

Si è rilevato come tra fattori di stress e disagio degli operatori l'ambiente lavorativo, il microclima interno, i rumori e gli odori sgradevoli contribuiscano a suscitare reazioni emotive negative sia nei lavoratori che nei pazienti.

Dalle considerazioni dei membri del CUG è emerso che un ambiente di lavoro confortevole, sicuro e ben organizzato può contribuire a ridurre lo stress, prevenire infortuni e migliorare la concentrazione e l'efficienza.

Il progetto proposto dal CUG dell'Azienda Ospedaliera di Caserta per l'anno 2024/2025 rappresenta un'importante iniziativa per migliorare le condizioni lavorative e di cura, puntando su un approccio innovativo volto ad umanizzare gli spazi ospedalieri. Questo intervento nasce da un'analisi attenta delle difficoltà quotidiane dei lavoratori che affrontano stress fisici, psichici ed emotivi, e mira a ridurre il disagio psicologico e fisico sia dei dipendenti che dei pazienti.

Le problematiche identificate, come il microclima inadeguato, i rumori e gli odori sgradevoli, sono state riconosciute come fattori che non solo influenzano negativamente il benessere dei lavoratori, ma anche il comfort e la serenità dei pazienti. L'obiettivo è trasformare ambienti ospedalieri freddi e poco accoglienti in spazi più umani e stimolanti, contribuendo a migliorare la qualità del lavoro e della cura.

Un aspetto centrale del progetto è l'integrazione dell'arte negli spazi ospedalieri, un intervento che si è dimostrato efficace nel migliorare l'umore, ridurre lo stress e favorire la resilienza. L'arte, con la sua capacità di stimolare emozioni positive, può trasformare l'ambiente ospedaliero in un luogo più sereno, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.

I gruppi di lavoro, supportati anche da esperti in architettura e psicologia sanitaria con cui si sono organizzati focus-group, stanno valutando soluzioni concrete per rendere gli ambienti ospedalieri più confortevoli e sicuri, con particolare attenzione agli spazi comuni e agli ingressi, che sono aree cruciali per favorire l'interazione e stimolare un senso di appartenenza. L'obiettivo finale è creare un ambiente di lavoro e cura che risponda efficacemente alle esigenze psico-fisiche di tutti i soggetti coinvolti.

In sintesi, il progetto del CUG si propone di creare un equilibrio tra efficienza sanitaria e benessere psicofisico, con interventi che non solo migliorano l'infrastruttura, ma anche l'interazione tra gli operatori e i pazienti, potenziando la qualità dell'assistenza sanitaria.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici vengono stabiliti in base agli indirizzi fissati dalla direzione aziendale i quali, oltre a confermare gli obiettivi individuati dalle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (Mantenimento dell'equilibrio economico-Miglioramento della qualità dell'assistenza-Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure-Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali-Ammodernamento tecnologico ed edilizio-Arruolamento e formazione continua del personale), confermano, altresì, gli obiettivi di carattere generale assegnati al direttore generale contestualmente alla nomina effettuata con DGRC 465 del 27.7.2023 (tra gli altri: si conferma quello del mantenimento dell'equilibrio economico; conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza; rispetto dei tempi di pagamento).

Oltre a quelli citati, i principali obiettivi fissati dalla direzione, meglio dettagliati nella relazione allegata al bilancio preventivo 2025 e nella Direttiva del Direttore Generale 2025, allegata al presente piano, vengono illustrati nella sottosezione 2.2. del documento.

Gli indirizzi forniscono, poi, indicazioni anche per gli obiettivi in materia di miglioramento dei servizi verso l'utenza, miglioramento dell'integrazione Ospedale-Territorio, Nuovi Sistemi di Garanzia (NSG), flussi informativi, formazione ed aggiornamento tecnologico, edilizia sanitaria, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Gli obiettivi così definiti sulla scorta degli indirizzi nazionali, regionali e derivanti dalla direttiva trasversali, riportati nell'apposita sezione del piano e saranno successivamente definiti e condivisi quelli organizzativi.

Programmazione finanziaria

Il Bilancio Preventivo 2025, è stato adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1130 del 6 novembre 2024.

Si riporta di seguito, l'articolazione dei Ricavi e dei Costi:

- a) Valore della Produzione

- b) Costi della Produzione
- c) Proventi ed oneri finanziari
- d) Proventi ed oneri straordinari
- e) Imposte e tasse.

Sebbene il Piano di efficientamento risulti concluso, il bilancio economico previsionale per l'anno 2025 è stato redatto con l'intento di pianificare misure di contenimento dei costi e di miglioramento dell'efficienza in linea con gli obiettivi previsti dal Piano.

A) Valore della Produzione

Il valore della produzione previsto per il 2025, pari ad euro 212.905.675,96, è riferito alle voci sotto indicate:

1 - Contributi in c/esercizio	97.956.355,19
2 - Rettifica contributi c/esercizio per investimenti	-8.400.876,99
3 - Utilizzo f. di quote inutil. contrib. finalizz./vinc. es. prec.	9.304.891,60
4 - Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	105.981.088,23
5 - Concorsi, recuperi, rimborsi	924.962,01
6 - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	999.732,41
7 - Quota Contributi in C/Capitale imputata all'esercizio	5.952.369,31
8 - Incrementi delle Immobilizzazioni per Lavori Interni	0,00
9- Altri Ricavi e Proventi	187.154,20
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	212.905.675,96

La Programmazione dei ricavi si è articolata come segue:

- i *Contributi in c/esercizio* sono stati valutati sulla base del riparto provvisorio per il 2024 del FSR deliberato dalla Regione Campania con DGRC n. 424 del 6 agosto 2024, assunto pari nella presente programmazione, con l'eccezione dei contributi extra fondo da altri enti pubblici;

- le voci di *Rettifica dei Contributi in c/esercizio* sono state definite sulla base:
 - o della Programmazione triennale dei Lavori Pubblici, di cui alla comunicazione via mail della UOC Ingegneria Ospedaliera del 30.09.2024, adottata con Delibera del Direttore Generale n. 1050 del 10.10.2024;
 - o del Piano della Programmazione triennale per l'acquisto di beni e servizi per gli anni 2025-2027, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 1025 del 26.09.2024, valutato alla luce delle note esplicative di cui alla nota della UOC Tecnologia Ospedaliera pervenuta a mezzo mail del 03.10.2024, per la parte relativa alle attrezzature sanitarie e di cui alla nota della UOC Provveditorato pervenuta a mezzo PEC del 17.10.2024 per le attrezzature sanitarie non gestite dalla UOC Tecnologia e per quelle non sanitarie;
- *l'Utilizzo del fondo quote inutilizzate contributi vincolati* e finalizzati è stato determinato sulla base delle attività che saranno implementate nel corso del 2025, in attuazione delle Linee Progettuali di cui ai Piani Operativi Regionali, che l'Azienda intende realizzare nel corso dell'Esercizio 2025;
- *i Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie*, sulla base degli importi per mobilità sanitaria riconosciuti per l'esercizio 2023 (ultimo dato assestato) dalla Regione Campania all'AORN Sant'Anna e San Sebastiano, con l'eccezione delle prestazioni di file F per le quali si prevede un sostanziale incremento, stimate proiettando a 12 mesi il dato 2024 al 31.08, di cui alla comunicazione UOC Farmacia a mezzo mail del 30.09.2024, e incrementando ulteriormente il valore così ottenuto di un importo pari all'aumento atteso del costo dei farmaci.
- *i Concorsi, recuperi e rimborsi* sono stati valorizzati come media fra Consuntivo 2023 e proiezione a 12 mesi del CE al II trimestre 2024. Il payback per la spesa farmaceutica, riconosciuto per l'esercizio 2023 con DGRC n. 424 del 6 agosto 2024, non è stato inserito tra i proventi in quanto rimborso straordinario.

- la *Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)* è stata parimenti determinata come media tra Consuntivo 2023 e CE II trimestre 2024;
 - la *Quota contributi in conto capitale imputati all'esercizio (Sterilizzazione)* è stata posta pari al Consuntivo 2023 quale ultimo valore assestato;
 - la voce *Altri ricavi e proventi* è stata stimata come media fra Consuntivo 2023 e proiezione a 12 mesi del CE al II trimestre 2024.
-

B) Costi della Produzione

I costi della produzione previsti per il 2025 ammontano ad Euro 205.903.726,85:

<i>Acquisti di beni</i>	52.631.681,31
<i>Acquisti di servizi</i>	34.968.806,30
<i>Manutenzione e riparazione</i>	5.902.408,63
<i>Godimento di beni di terzi</i>	2.559.756,36
<i>Costo del personale</i>	101.512.987,24
<i>Oneri diversi di gestione</i>	1.236.017,78
<i>Ammortamenti</i>	5.968.910,03
<i>Svalutazione dei crediti</i>	500.000,00
<i>Variazione delle rimanenze</i>	-3.832.168,34
<i>Accantonamenti dell'esercizio</i>	4.455.327,54
<i>COSTI DELLA PRODUZIONE</i>	205.903.726,85

La Programmazione dei costi è stata effettuata:

- per gli *Acquisti di beni* e gli *Acquisti di servizi*, sulla base del Piano triennale per l'acquisto di beni e servizi per gli anni 2025-2027, di cui alla Delibera del Direttore generale n. 1025 del 26.09.2024, imputando ai conti di costo il valore più alto tra quello inserito nella programmazione e la media tra il Consuntivo 2023 ed il CE al II trimestre 2024 proiettato all'anno;
- per la *Manutenzione e riparazione*, con gli stessi criteri di cui al punto precedente, con l'eccezione della *Manutenzione di impianti*, oggetto di nuova gara, per la quale il valore da Delibera di programmazione è stato ridotto del 20% per tenere conto del ribasso medio sull'importo posto a base di gara;
- per il *Godimento di beni di terzi*, con gli stessi criteri utilizzati per Beni e Servizi;
- per il *Costo del Personale*, la valutazione è stata effettuata dalla UOC Gestione Risorse Umane sulla base del fabbisogno deliberato per gli anni 2024 e 2025;
- per gli *Oneri diversi di gestione*, con gli stessi criteri utilizzati per Beni e Servizi;

- per gli *Ammortamenti* si è indicato il valore a Consuntivo 2023, ultimo dato consolidato;
- per la *Svalutazione dei crediti*, si è previsto un accantonamento sufficiente a coprire un'eventuale inesigibilità dei crediti, per tener conto, in via prudenziale, della soccombenza in caso di esito negativo dei giudizi in corso;
- la *Variazione delle rimanenze* attesa è stata posta come differenza tra costi di acquisto previsti e costi per i consumi stimati;
- gli *Accantonamenti dell'esercizio* sono stati determinati secondo i seguenti criteri:
 - o per gli *Accantonamenti per rischi*, sulla base del valore del rischio di soccombenza per il contenzioso in essere al 31.08.2024 sulla piattaforma regionale LegalApp, proiettato a 12 mesi, con azzeramento dell'accantonamento per Autoassicurazione in ragione della stipula di una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi del valore di 9,75 milioni di euro annui;
 - o per gli *Altri accantonamenti* si è utilizzato il valore medio tra CE al II trimestre 2024 proiettato a 12 mesi e Consuntivo 2023;
 - o non si prevedono accantonamenti per quote inutilizzate di contributi.

Digitalizzazione

L'Azienda è da tempo impegnata in una profonda opera di aggiornamento dei principali asset digitali con l'obiettivo di migliorare le procedure amministrative e di accesso alle cure per i pazienti.

In questa ottica sono da collocare i diversi progetti di semplificazione e trasformazione digitale dei servizi:

Integrazione Cup Regionale

Nel corso del 2022 è stata realizzata l'integrazione dell'Azienda nel CUP unico regionale (Campania in salute). Lo strumento permette di prenotare le prestazioni specialistiche su un'unica piattaforma regionale cumulativa dell'offerta pubblica di tutte le aziende. Inoltre sono presenti ulteriori funzioni Accessorie che, in modalità completamente dematerializzata, consentono di gestire on-line

prenotazione, pagamento e disdetta per rendere il sistema maggiormente fruibile agli utenti. In tal modo peraltro l'Azienda si uniforma alle linee guida regionali. È comunque sempre possibile accedere a questi servizi mediante il call-center aziendale.

Dal 30 dicembre 2024 è stato attivato il nuovo catalogo delle prestazioni, accompagnato dai necessari adeguamenti informatici per garantire un efficace interfacciamento tra il CUP Regionale e le strutture che erogano tali prestazioni.

Adesione a portale PagoPA

In linea con quanto richiesto dal DL76/2020 l'Azienda ha aderito al programma di pagamento Pago PA con integrazione con il sistema telematico di pagamento. L'integrazione all'interno del Portale Aziendale prevede:

Il richiamo dello specifico link al servizio di pagamento MyPay Regionale aderente al circuito PagoPA, per il pagamento delle seguenti prestazioni:

- **tassa di partecipazione e concorso;**
- **ticket per prestazioni di Pronto Soccorso da Codice Bianco;**
- **sanzioni amministrative aziendali.**

Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (abbreviato "FSE"), la cui istituzione è prevista dalla Legge, è l'insieme dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario, generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

L'avvento della digitalizzazione ha infatti rivoluzionato il mondo dei servizi, contribuendo a sviluppare nuove modalità con cui le istituzioni possono rispondere efficacemente ai bisogni dei cittadini. Questo vale anche per l'ambito sanitario: a tale proposito, la Regione Campania, in collaborazione con le aziende sanitarie ed ospedaliere sta portando avanti la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ovvero lo strumento digitale nel quale in futuro tutti i dati relativi alla storia sanitaria di un paziente (ricette farmaceutiche e specialistiche, referti di laboratorio, etc.) saranno raccolti, organizzati e resi accessibili allo stesso paziente e, solo per il tempo necessario e nel pieno rispetto della privacy, a chi lo prenderà in cura.

Di seguito sono elencati i principali documenti che sono stati completamente dematerializzati all'interno dei processi aziendali e confluiscono in maniera automatica nel Fasciolo Sanitario Elettronico nel formato XML/CDA2:

1. Verbali di Pronto Soccorso
2. Lettere di Dimissione Ospedaliera
3. Referti di Anatomia Patologica
4. Referti di Laboratorio di Analisi
5. Referti del Servizio Trasfusionale
6. Referti di Radiologia
7. Referti di Specialistica Ambulatoriale

Nuovo sistema informativo aziendale

La crescente domanda di servizi ed informazioni da parte dei cittadini e la necessità di semplificazione delle procedure amministrative impongono un potenziamento della struttura informativa e tecnologica del sistema Informativo attualmente in uso presso l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta (di seguito "l'Azienda"). L'adozione di tecnologie innovative rappresenta sempre più il volano per raggiungere una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi ai cittadini, in termini di velocità nello svolgimento delle pratiche, di maggiore facilità nello scambio di dati e informazioni, di migliore e più efficace organizzazione del lavoro. Per ciascuna organizzazione sanitaria è ormai inderogabile l'esigenza di consentire la costruzione incrementale di un patrimonio informativo, comune a tutta la struttura sanitaria, direttamente utilizzabile da ogni settore interessato, in grado di consentire risposte rapide alla identificazione univoca del paziente, alla definizione di cosa ha bisogno, alla individuazione della migliore offerta di servizi sanitari tra quelli erogabili dall'Azienda.

La soluzione che si vuole adottare per la gestione dei dati clinico-sanitari, consiste in una visione univoca sia dell'iter del paziente all'interno della struttura sanitaria nell'ambito del singolo contatto, sia nella composizione dei dati clinico-sanitari relativi ai diversi contatti che questi ha avuto con la struttura. Tale visione si concretizza nell'identificazione della centralità del Paziente. Tutto ciò fa sì che le informazioni relative al paziente, generate nel momento di primo contatto, possano essere raccolte ed aggregate a diversi livelli di granularità.

Tra la fine del 2022 e gli inizi del 2023 è stato avviato il nuovo sistema informativo aziendale con l'obiettivo di cominciare a realizzare concretamente il modello di gestione precedentemente descritto. Nel corso del 2024 sono stati attivate le nuove versioni WEB dei seguenti moduli:

- Laboratorio di Analisi
- Anatomia Patologica
- Centro Trasfusionale
- ADT
- Pronto Soccorso
- Order Entry di prestazioni

Firma Digitale Remota

Tutto il personale medico ed amministrativo interessato è stato dotato di firma digitale remota al fine di portare l'azienda al passo con la dematerializzazione del patrimonio documentale aziendale.

Nuova Architettura Hardware

Con l'adozione del nuovo sistema informatico l'azienda ha adottato, nel corso del 2023 una nuova architettura Hardware, che recepisce sia i feed-back di recenti progetti di migrazione al Cloud da parte di Azienda Sanitarie Campane che quelli delle precedenti gare, è basata su una particolare configurazione Cloud che prevede l'erogazione dei moduli applicativi software a partire dalle Sale Server Aziendali, ciò al fine di garantire la continuità operativa di tutte le applicazioni Aziendali - con particolare riferimento a quelle c.d. Mission-Critical come ad esempio il Pronto Soccorso e le Diagnostiche - e prevede nella Cloud il sito di Disaster-Recovery.

Al fine di attuare quanto previsto dal decreto n. 48-4/2023-PNN del 04.08.2023 del Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che prevede la completa migrare completamente al Cloud delle infrastrutture hardware, questa Azienda ha fatto richiesta ed ottenuto un finanziamento per migrare al Cloud del Polo Strategico Nazionale (PSN). Tale finanziamento prevede che le attività di migrazione dovranno essere concluse entro il termine ultimo del 31 marzo 2025.

Inoltre per affrontare le nuove crescenti necessità di digitalizzazione l'azienda si è dotata di nuovi computer finalizzati integrare ed estendere la precedente dotazione negli uffici e nei reparti.

Linea Dati Internet

Per rendere pienamente efficiente il nuovo sistema informatico consentendo di lavorare in sinergia con il sistema regionale ed effettuare le attività di back up del Cloud, è stata realizzato un upgrade dell'infrastruttura di rete dati Internet che ha raggiunto la velocità di 1 Gbps e, nel corso del 2025 verrà attivata una nuova linea dati a 10 Gbps.

Interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti

Relativamente alla digitalizzazione, l'Azienda ha posto in essere già da diversi anni numerose azioni per agevolare la fruizione dei servizi da parte degli utenti, dei dipendenti e dei cittadini.

Nello specifico l'Azienda aderisce al progetto "Wi-Fi Italia" che è il progetto del Ministero delle Imprese e Made in Italy e che ha come obiettivo quello di permettere a tutti i cittadini di connettersi, gratuitamente e in modo semplice tramite l'App dedicata, a una rete Wi-Fi libera e diffusa su tutto il territorio nazionale. Recependo tale obiettivo l'Azienda ha intrapreso lavori di ampliamento della propria rete aziendale ed adeguamento degli edifici al fine di dotare i reparti, le zone di degenza e gli spazi comuni di antenne Wi-Fi tali da supportare la connessione multiutente e rendere più agevole la permanenza nella struttura per degenti e visitatori.

Sono state inoltre già intraprese delle azioni per migliorare la presenza sui canali social e la localizzazione su Google Maps della struttura al fine di migliorare il reperimento di informazioni, il raggiungimento della struttura e l'orientamento dei pazienti all'interno della stessa.

A fine 2023 è stato attivato il nuovo sistema RIS/PACS con l'obiettivo di rendere il processo radiodiagnostico più veloce ed efficiente e nel corso del 2025 sarà attivato il sistema CVIS/PACS dotando, così anche il Dipartimento Cardiologico di un sistema di gestione referti e gestione immagini e studi cardiologici.

Nel corso del 2025 verrà attivato inoltre anche il modulo di Cartella Clinica Elettronica, nuove funzionalità di dashboard di dati sanitari e verrà attivato il nuovo sistema di Single Sign-On.

Verrà inoltre effettuato un aggiornamento tecnologico della LAN Aziendale con l'attivazione di una Wi-Fi finalizzata all'utilizzo della cartella clinica al letto del paziente.

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei dipendenti

Riorganizzazione e digitalizzazione di processi gestionali, clinico assistenziali e amministrativi;

Nel corso del 2025 sarà presa in carico all'interno del nuovo sistema informativo aziendale la gestione della sezione dedicata all'AORN all'Amministrazione Trasparente, per la tenuta della sezione del sito istituzionale Aziendale dedicata con la generazione e l'alimentazione automatica delle sezioni informative previste, a partire dai dati prodotti dai moduli applicativi componenti del sistema fornito.

Nei primi mesi del 2025 verrà completata la migrazione verso un nuovo sistema informativo unico con l'obiettivo di favorire l'accesso a tutte le informazioni riguardanti il personale con un sistema di abilitazione opportunamente configurato ed è previsto, tra l'altro, la semplificazione del login utente andando verso il riconoscimento mediante codice fiscale e/o con l'integrazione con il sistema SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale. L'integrazione consentirà di accedere ai moduli del Sistema Informativo Aziendale inserendo le credenziali di accesso SPID in ottica di "Autenticazione Federata" recependo le indicazioni ministeriali per quel che riguarda l'accesso mediante SPID. Inoltre il nuovo sistema garantirà una semplificazione dei processi amministrativi in modo da migliorarne l'efficienza e semplificare gli stessi.

Sito internet istituzionale

Il sito Informativo Istituzionale rappresenta il canale informativo WEB e presenta i servizi e le attività dell'Azienda. Nell'ottica di migliorare il reperimento delle informazioni per gli utenti, la fruibilità e l'accessibilità di tale asset strategico per l'azienda è prevista, nel corso del 2025, la pubblicazione del nuovo sito web con un Sistema di Gestione di Contenuti (CMS) basato su tecnologia Java, completamente aderente alla vigente normativa relativa all'accessibilità (circolare n. 51/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale e normativa in essa richiamata e s.m. e i.). Il progetto "Portale dell'Azienda" si prefigge quindi di rendere ampia trasparenza alla propria struttura organizzativa, ai servizi sanitari erogati, alla qualità dei propri servizi, nonché di rendere possibile l'accesso web ad

alcuni dei propri servizi come ad esempio, la prenotazione di una prestazione ambulatoriale. A tal proposito, il portale dell'Azienda si propone di diventare punto di accesso unico ad informazioni, servizi e contenuti ricercati dai pazienti attuali e potenziali, nel personale dell'amministrazione, nei medici e nel personale sanitario, negli studenti e in generale nell'Azienda e nei servizi da essa erogati.

Per quanto concerne l'accessibilità alle informazioni al cittadino veicolate attraverso il sito internet istituzionale, sulla home page sono riportati i link ai seguenti contenuti a partire da: **attività dell'Ospedale, servizi garantiti, prestazioni offerte, canali di erogazione, modalità di accesso:**

- Carta dei Servizi, articolata in sezioni, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in paragrafi tematici;
- Schede Informative;
- Centro Unico di Prenotazione.

Per quanto concerne l'accessibilità alle informazioni al cittadino di carattere logistico, sulla home page sono riportati i link ai seguenti contenuti:

- Mappa Ospedale, con gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità Operative distribuite per piano di ubicazione;
- Unità Operative, con gli elenchi delle Unità Operative sia Amministrative sia Sanitarie, contenenti i nomi dei relativi Direttori / Responsabili, l'indicazione dell'edificio e del piano di ubicazione.

All'interno della home page del sito internet istituzionale è presente un collegamento ai Comunicati Stampa, i quali, sebbene destinati agli organi di informazione, offrono informazioni preziose ai cittadini riguardo alle iniziative e alle attività dell'AORN di Caserta.

Accessibilità per disabili ed over 65

L'ospedale di Caserta, composto da diversi corpi di fabbrica, realizzati dagli anni '60 agli anni 2000, è il risultato di continui adeguamenti della struttura ospedaliera alle esigenze dettate dai Piani Regionali Ospedalieri e dalla normativa in materia di abbattimento delle barriere architettoniche e di supporto alla mobilità, all'accessibilità e alla fruibilità dei servizi. Purtroppo, però, questo sviluppo architettonico ha comportato spesso difficoltà nell'organizzazione sanitaria e nell'accessibilità per l'utenza.

Al fine di semplificare l'accessibilità per l'utenza esterna, l'accesso all'Ospedale è stato convogliato in un unico luogo, la "Hall di ingresso" presso l'edificio F, dove sono disponibili: personale addetto a fornire indicazioni e informazioni agli utenti, idonea cartellonistica per lo smistamento verso i reparti, nonché dispositivi informativi elettronici per accedere ai reparti e agli edifici di questa Azienda.

L'accessibilità per i disabili è garantita, nei vari edifici e reparti, principalmente attraverso l'impiego di adeguati ascensori, in loro assenza sono stati realizzati opportuni montascale (es. Ed. B). Infine, sono presenti, in più punti, wc per disabili.

Interventi di edilizia sanitaria

Le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture sono svolte in osservanza del Codice degli Appalti vigente. Tali procedure vengono espletate con strumenti digitali, tramite le piattaforme di negoziazione messe a disposizione da Consip (Me.P.A.) e da So.Re.Sa. (SIAPS). Tra gli interventi di maggior importanza troviamo:

- **Interventi finanziati con fondi PNRR/PNC**

L'Azienda è assegnataria, nell'ambito del più ampio programma di investimenti del PNRR, dei fondi PNRR/PNC.

In virtù delle semplificazioni fornite dagli aggiornamenti al Codice degli Appalti, con delibera n. 920 del 10/10/2023 questa Amministrazione, per un importo complessivo di € 47.300.000,00 (finanziato con Fondi PNC al PNRR, e successivamente incrementato di € 7.095.000,00 a seguito di ammissione all'accesso al Fondo per le Opere Indifferibili), ha affidato la progettazione e l'esecuzione dei lavori

per la demolizione e ricostruzione di parte degli Edifici di questa AORN, sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica realizzato dalla U.O.C. Ingegneria Ospedaliera.

Allo stato attuale, a seguito della conclusione delle fasi di demolizione degli edifici G, H, I ed L, si sta procedendo alla realizzazione dei nuovi edifici previsti dal progetto (B1 e B2). La fine dei lavori, come da cronoprogramma, è fissata per il 30.06.2026.

- **Interventi finanziati con fondi DGRC 378/2020**

Al fine di potenziare i posti letto, secondo il piano previsto dalla DGRC 378/2020, sono stati conclusi:

- a) l'installazione di una struttura modulare di n. 24 posti letto mobili per la terapia intensiva, collocata nell'area adiacente all'Ospedale, precedentemente occupata dal parcheggio riservato al pubblico;
- b) i lavori di ristrutturazione delle aree e dei relativi percorsi di isolamento del Pronto Soccorso, che includono: l'ampliamento del Pronto Soccorso, con la realizzazione di nuovi locali e spazi dedicati a pazienti infettivi;
- c) la realizzazione di n. 3 sale di Terapia Intensiva di cui n. 2 ubicate nell'edificio "N" (piano 6 – blocco operatorio) e n. 1 nell'edificio "C" (piano -1);
- d) l'acquisto di due ambulanze da dedicare all'attività emergenziale;

Infine sono in fase di riattivazione i lavori per l'adeguamento degli impianti elevatori dell'edificio N.

- **Adeguamento strutturale edifici**

A seguito della verifica di vulnerabilità sismica eseguita sugli edifici dell'AORN, ai sensi dell'O.P.C.M. n. 3274 del 20/03/2003, ad oggi:

- sono in fase di conclusione gli interventi di adeguamento strutturale sugli Edifici "B" ed "D", finanziati con fondi interni;
- sono stati avviati i lavori di adeguamento strutturale dell'edificio F3 dell'AORN, finanziato con fondi art. 20 II fase, L.67/88, fondi residui;
- è in corso l'attività di ulteriore indagine strutturale sull'edificio F-Corpo aggiunto, al fine di individuare una soluzione alternativa alla demolizione del corpo Fca2.

- **Interventi art. 20 L. 67/88 II fase – fondi residui**

Nel mese di agosto 2024 sono stati avviati i lavori di adeguamento strutturale, architettonico ed impiantistico dell'edificio F3, mediante utilizzazione dei fondi residui del finanziamento art. 20 II fase L.67/88.

- **Interventi art. 20 L. 67/88 III fase**

Questa A.O.R.N. ha avviato nel mese di febbraio 2023 l'esecuzione di due nuovi Edifici, entrambi finanziati con fondi Art. 20 III fase – completamento, e nello specifico:

- Realizzazione di una Piastra Operatoria, la cui fine lavori è prevista per nel primo semestre 2025;
- Realizzazione di un edificio a tre piani da destinare a Bunker per radioterapia – Medicina Nucleare – Unità spinale Recupero e Riabilitazione Funzionale e Neuro -Riabilitazione ed ambulatori”.

- **Interventi Accordo quadro**

L'AORN al fine di poter attivare con celerità numerosi interventi di tipo manutentivo, in ottemperanza con il Codice degli appalti, ha avviato ed aggiudicato due procedure di gara di cui la prima, con delibera n. 1048 del 20/11/2023, relativa ai “lavori di manutenzione a prevalenza edile propedeutici all'attuazione dell'intervento finanziato con fondi PNC/PNRR”, di importo complessivo pari ad € 1.749.964,15 oltre IVA; ed una seconda, tramite delibera n. 1070 del 28/11/2023, relativa alla manutenzione del verde all'interno di questa AORN, per complessivi € 154.752,00.

Tutela dell'ambiente e green economy

La green-economy è un modello di economia che permette la riduzione dell'impatto ambientale in favore di uno sviluppo sostenibile, come l'uso di energie rinnovabili, la riduzione dei consumi, il riciclaggio dei rifiuti.



A tal proposito, questa Azienda ha intrapreso da anni il cammino verso la transizione ecologica, con diversi interventi mirati al risparmio energetico, all'uso razionale dell'energia, alla valorizzazione delle fonti rinnovabili e alla riduzione delle emissioni di gas.

A titolo esemplificativo, la quasi totalità delle lampade di illuminazione sono state sostituite con lampade a LED, mentre è in corso di valutazione la realizzazione di un nuovo impianto centralizzato, in luogo delle attuali centrali di produzione dell'energia. Infine, negli edifici di prossima realizzazione, finanziati con fondi dell'art. 20 L. 68/99, sono previsti, tra l'altro, la realizzazione di impianti fotovoltaici e l'installazione di colonnine di ricarica per veicoli elettrici.

2.2 PERFORMANCE

La presente sottosezione, prevista dal *Piano tipo* approvato con D.M. 30.06.2022, viene elaborata in attuazione di quanto disposto dall'articolo 10, comma 1 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, aggiornato con le modifiche successivamente adottate, delle altre normative vigenti in materia e del vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

La sottosezione "performance":

- è parte di un documento programmatico triennale;
- è predisposta anche in conformità alle previsioni del vigente "Regolamento di Amministrazione e Contabilità";
- nell'ambito del presente piano è adottata in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di programmazione del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Essa contiene:

- gli obiettivi strategici ed operativi, ai sensi dell'articolo 10, comma 4 del decreto;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il documento è redatto con lo scopo di assicurare *"la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance"*.

Come richiesto dall'articolo 5, comma 2, del decreto, gli obiettivi devono essere:

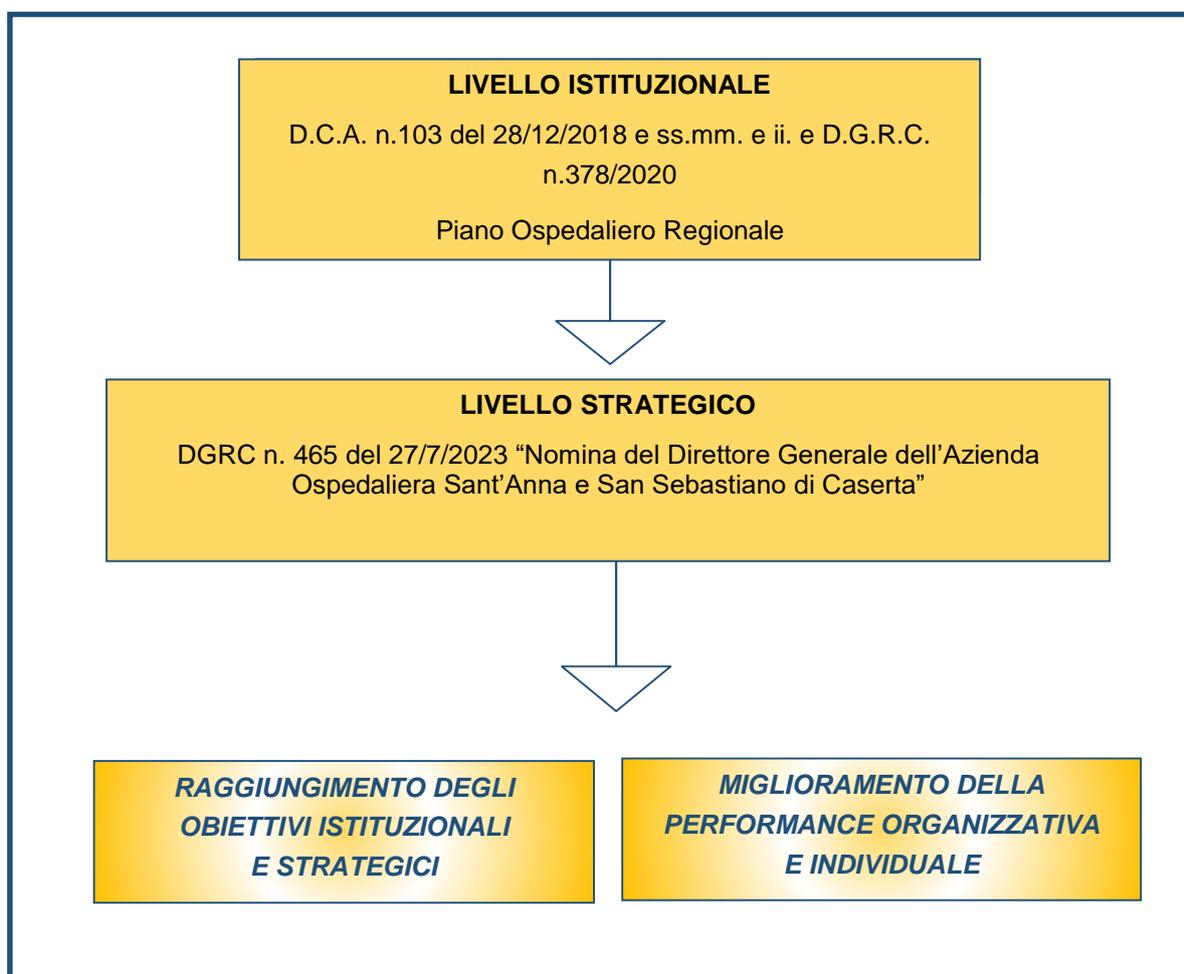
- I. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- II. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- III. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- IV. riferibili ad un arco temporale determinato;

V. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione;

VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Tale sottosezione del piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborata in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Albero della performance



L'albero della *performance* è una mappa che permette di evidenziare i legami tra mandato istituzionale/missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi e obiettivi assegnati al personale dirigenziale e integrati con il sistema premiante di tutto il personale.

La definizione della performance è, quindi, sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento e che verranno esplicitate negli appositi paragrafi.

Le aree strategiche individuate sono relative ai diversi stakeholders e sono correlate da rapporti causa-effetto, nonché da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, come sono correlati i diversi obiettivi all'interno delle singole aree strategiche.

Il sistema risulta, quindi, un sistema "a cascata" che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendale con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

2.2.1 Analisi del contesto

Si riportano dei significativi indicatori di confronto ISTAT riferiti all'ambito territoriale di interesse:

Dataset:Indicatori demografici										
Territorio	Campania					Caserta				
Selezione periodo	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
Tipo indicatore										
tasso di natalità (per mille abitanti)	8	7,7	7,9	7,7	..	8,3	7,9	8,4	8,2	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,4	10,8	10,9	10,5	..	9,8	10	10,1	10,2	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-2,4	-3,1	-3	-2,9	..	-1,5	-2,1	-1,8	-2	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	1,8	4,1	3,9	3,6	..	2,1	4,5	3,9	3,8	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-2,9	-3,2	-4,3	-3,8	..	-0,9	-1,2	-2,8	-2,4	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	0,7	1,3	2,9	3	..	1,6	2,5	4,6	4,1	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-10,9	5	-12,1	4,3
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-13,1	3,1	-1,4	-0,8	..	-11,4	5,6	1,8	1,7	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-15,5	0	-2,6	-2,9	..	-12,9	3,5	1,1	0,5	..
numero medio di figli per donna	1,3	1,28	1,33	1,29	..	1,31	1,26	1,35	1,34	..
età media della madre al parto	31,7	32	32	32,1	..	31,8	32,1	32,1	32,2	..
speranza di vita alla nascita - maschi	78,5	78,6	79	79,3	..	78,1	78,5	78,7	78,8	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	17,6	17,7	18	18,3	..	17,1	17,6	17,7	17,9	..
speranza di vita alla nascita - femmine	83,4	83	83,1	83,5	..	83,4	83,1	83,1	83,1	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	21	20,6	20,6	21	..	20,9	20,6	20,6	20,7	..
speranza di vita alla nascita - totale	80,9	80,7	81	81,3	..	80,7	80,7	80,8	80,9	..
speranza di vita a 65 anni - totale	19,3	19,2	19,3	19,6	..	19	19,1	19,2	19,3	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14,3	14,3	14	13,8	13,5	14,7	14,8	14,4	14,2	14
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66,5	65,8	65,8	65,7	65,6	67,4	66,8	66,8	66,8	66,6
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	19,3	19,9	20,2	20,5	20,9	17,9	18,5	18,7	19	19,3
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	50,4	52,1	51,9	52,1	52,5	48,4	49,8	49,6	49,7	50,1
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	29	30,2	30,6	31,2	31,9	26,6	27,7	28	28,4	29
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	135,1	138,6	143,6	148,6	154,3	122	125,2	129,6	133,5	137,8
età media della popolazione - al 1° gennaio	43	43,3	43,6	43,9	44,2	42,2	42,5	42,8	43,1	43,3

Dati estratti il 02 gen 2025 - fonte sito I.Stat

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

Il processo di cambiamento del contesto sanitario della Regione Campania, avviato con il Decreto Commissariale n. 49/2010 ed in prosecuzione oggi, attraverso il Piano Sanitario Regionale vigente, va nella direzione della progressiva deospedalizzazione e del potenziamento dei servizi territoriali. In particolare, è stata prevista una rimodulazione dell'offerta ospedaliera, sia in termini di posti letto assegnati alle diverse discipline per i diversi ambiti territoriali, sia in termini di strutture, con la soppressione e/o l'accorpamento di alcune di esse; nel contempo, si sta cercando di sviluppare una logica di integrazione ospedale-territorio, finalizzata all'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché a sviluppare una rete di coordinamento per la programmazione interaziendale.

Analisi del contesto esterno

L'A.O. di Caserta persegue da sempre un duplice mandato, essendo, da un lato, "l'ospedale" per la popolazione della città, dall'altro svolgendo la funzione di riferimento specialistico anche per il resto della provincia e per le zone limitrofe del napoletano. Infatti, dati clinici ed epidemiologici mostrano che la domanda di servizi e prestazioni sanitarie cui deve far fronte l'azienda proviene prevalentemente dalla Città di Caserta e dalla sua provincia i cui abitanti cercano soprattutto un'offerta di elevata qualità e specialità. Numerosissimi, inoltre, sono i cittadini provenienti dalle altre province della Regione, soprattutto per quelle prestazioni di elevata specializzazione per le quali questa Azienda ha sviluppato una buona capacità di attrazione. Il bacino di utenza, pari a circa un milione di abitanti, è collocato, geograficamente, in zone montane, collinari e marine. Il contesto orografico e l'attuale viabilità, soprattutto verso le zone interne della Provincia, evidenzia la centralità dell'Azienda nella gestione completa dell'emergenza sanitaria territoriale; essa, infatti, rappresenta la più grande struttura ospedaliera del casertano.

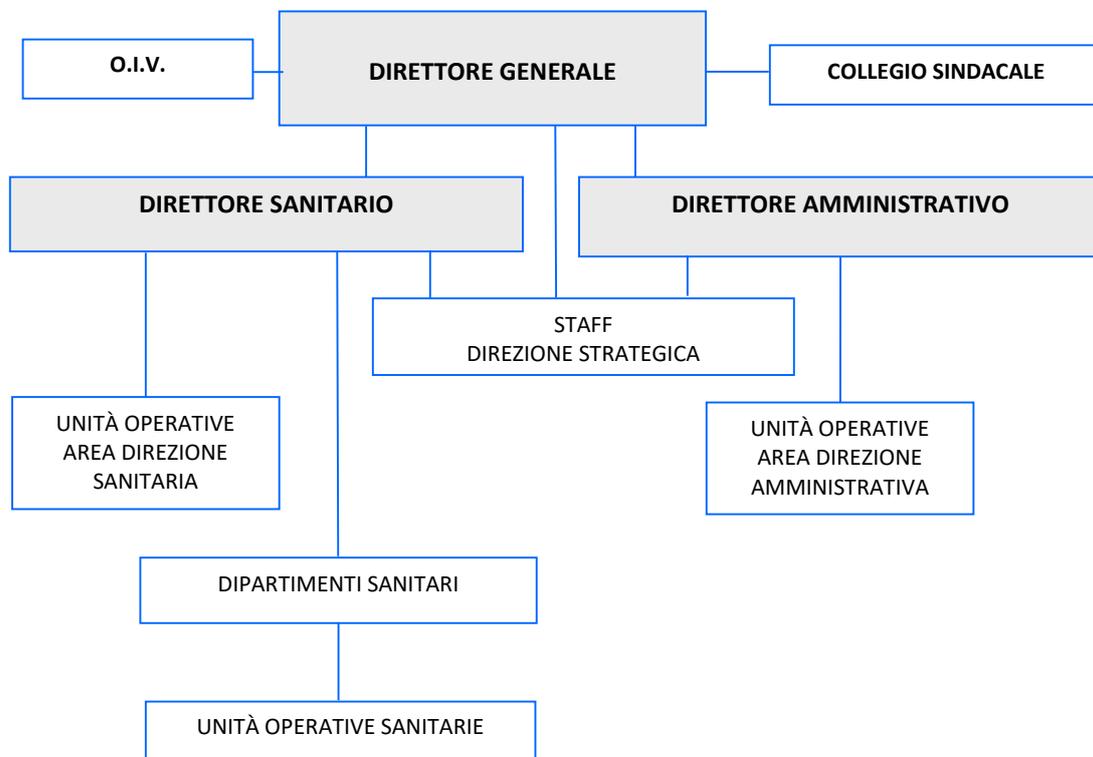
L'attività, quindi, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la provincia di Caserta.

Analisi del contesto interno

Il blocco del turn over e le altre misure imposte dall'esigenza di contenimento della spesa di personale (blocco della mobilità, rideterminazione dei fondi contrattuali, limiti alle prestazioni aggiuntive, ecc.) hanno pesantemente inciso negli anni scorsi su questa Azienda, determinando, in alcune fasi, carenze anche drammatiche di personale medico, infermieristico, ausiliario e tecnico amministrativo.

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dall'Atto Aziendale recentemente approvato con D.G.R.C. n. 654 del 16.11.2023, con presa d'atto da parte dell'azienda avvenuta con l'adozione della deliberazione n. 1080 del 30/11/2023, definita come segue:

ORGANIGRAMMA GENERALE



I dati di attività degli anni precedenti

I dati, come di consueto, vengono riferiti all'esercizio precedente all'anno appena conclusosi e, quindi, in questo caso, all'anno 2023. Tuttavia, sono stati riportati anche alcuni dati riferiti all'anno 2024 già disponibili; tali dati, sebbene non ancora consolidati e, quindi, suscettibili di lievi aggiustamenti, possono essere utili ad avere un confronto più aggiornato. Si riporta, pertanto, a seguire, l'analisi dei dati di attività relativa agli anni precedenti:

A) REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

Le SDO prodotte **nell'anno 2024** in regime di ricovero ordinario sono state **n.13.830**, nello stesso periodo 2023 erano state n. 14.189 facendo registrare un decremento del **-2,53%**. Il rimborso economico nell'anno 2024 in regime ordinario prodotto è stato pari a **€.66.947.628,00**, mentre nel 2023 il rimborso era stato di €. 68.488.171,00 facendo, quindi, registrare un decremento del **-2,25%**. Il rimborso medio DRG/caso trattato nell'anno 2024 è di **€. 4.840,75**, nel 2023 è stato di €. 4.826,85 facendo registrare un incremento del **+0,29%**.

Il peso medio nel **2024** è stato **1,38**, stesso valore nel 2023 .

La degenza media registrata è di **8,86** nel **2024** facendo registrare un - 0,11% rispetto al 2023 (8,87).

L'attività erogata nel corso dell'anno 2024, ha determinato:

	ANNO 2023	ANNO 2024
INDICE DI OCCUPAZIONE	88%	81%
DEGENZA MEDIA	8,87	8,86
INTERVALLO DI TURN OVER	1,01	1,75
INDICE DI ROTAZIONE POSTI LETTO	45,26	40,12

	Anno 2023	Anno 2024
Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Valore soglia 0,24	0,12%	0,10%

In sintesi l'analisi mette in evidenza un miglioramento in ambito di appropriatezza, quantità, qualità ed efficienza e si conferma con il decremento percentuale raggiunto dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza.

Di seguito si riportano, in forma tabellare, alcuni tra i principali dati di attività:

**RAFFRONTO E ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO
REGIME ORDINARIO
ANNO 2024/2023**

	ANNO 2023	ANNO 2024	VARIAZIONE %
N. SDO RIC. ORDINARI	14.189	13.830	-2,53%
RIMBORSO TOTALE SDO ORD	68.488.171,00	66.947.628,00	-2,25%
TOTALE RICOVERI 0/1 GG	931	1090	17,08%
di cui RICOVERI DRG MEDICI 0/1 GG	367	287	-21,80%
di cui RICOVERI DRG CHIRURGICI 0/1 GG	564	575	1,95%
N. SDO DRG MEDICI ORD.	7.928	7.723	-2,59%
RIMBORSO DRG MEDICI	23.927.596,00	22.912.378,00	-4,24%
N.SDO DRG CHIRURGICI	6.261	6.107	-2,46%
RIMBORSO DRG CHIRURGICI	44.560.575,00	44.135.250,00	-0,95%
PESO MEDIO	1,38	1,38	0,00%
RIMBORSO MEDIO PER CASO	4.826,85	4.840,75	0,29%
INDICE DI OCCUPAZIONE	88	81	-7,65%
DEGENZA MEDIA	8,87	8,86	-0,11%

L'attività erogata nel corso dell'anno 2024 evidenzia:

- un decremento del – **2,25%** dei rimborsi totali da DRG, passati da € 68.488.171 nel 2023 a € **66.947.628,00** nel 2024;
- una sostanziale invarianza del peso medio;

- un incremento dei ricoveri di 1 giorno;
- un decremento **(-2,46%)** della produzione dei DRG/chirurgici;
- una lieve riduzione del valore medio dei DRG.

B) REGIME DI RICOVERO DH/DS

L'analisi effettuata evidenzia quanto segue:

L'analisi è stata condotta sulle SDO in regime di DH/DS trasmesse che sono state 3.621 nell'anno 2024, mentre nel 2023 erano state 5.303, con un decremento del -31,72%. Nel **2024** il valore economico è stato di **€.5.461.907,10**, mentre nel 2023 era stato di €. 8.141.378,00 facendo registrare un decremento del **-32,91%**.

RAFFRONTO E ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2024/2023 REGIME DH/DS

	ANNO 2023	ANNO 2024	VARIAZIONE %
N.SDO TOTALE DH/DS	5.303	3.621	-31,72%
RIMBORSO TOTALE DH/DS	8.141.378,00	5.461.907,10	-32,91%
N. SDO DRG MEDICI DH	2.532	873	-65,52%
RIMBORSO DRG MEDICI	4.119.177,00	1.423.124,00	-65,45%
N.SDO DRG CHIRURGICI DS	2.771	2.748	-0,83%
RIMBORSO DRG DS	4.022.201,00	4.038.783,10	0,41%

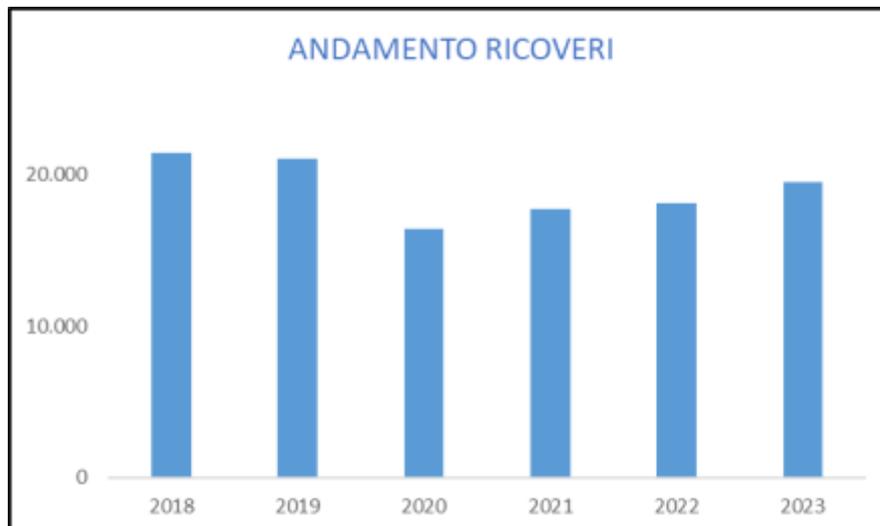
C) RIEPILOGO TOTALE

In sintesi possiamo affermare che il rimborso economico totale delle SDO prodotte complessivamente in regime ordinario e DH/DS nell' **anno 2024** è pari a **€.72.409.536,00**, mentre nello stesso periodo 2023 era stato di €.76.629.549,00 con un decremento percentuale circa del **-5,51%**.

Il totale delle SDO in regime ordinario e DH/DS prodotte nell' anno **2024** è stato di **17.451**, mentre nel 2023 era stato di 19.492 facendo registrare un decremento del **-10,47%**.

	ANNO 2023	ANNO 2024	VARIAZIONE %
TOTALE RICOVERI ORDINARI E DH/DS	19.492	17.451	-10,47%
TOTALE RIMBORSO RICOVERI ORDINARI E DH/DS	76.629.549,00	72.409.536,00	-5,51%

I dati sopra esposti vengono rappresentati, di seguito, in forma sintetica confrontati con quelli degli anni precedenti; risalta evidente l'influenza che ha avuto la diffusione della pandemia da Covid-19 sulle prestazioni erogate:



Pur con un trend in crescita in termini di numero di ricoveri rispetto agli ultimi anni, i valori, in termini di volumi, sono ancora leggermente inferiori a quelli prepandemici. Tuttavia, lo scenario risulta invertito in termini di rimborsi, come si evince dal grafico seguente:



Dall'analisi dei grafici emerge, quindi, oltre ad una crescita dei rimborsi da ricovero che ha superato anche i valori pre-pandemici, anche una crescita della complessità dei trattamenti erogati dall'azienda, in linea con la mission assegnata alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione.

D) ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Per questa categoria, essendo già disponibili i dati dell'esercizio 2024, vengono confrontati di seguito con quelli dell'anno precedente:

DATI AMBULATORI - Confronto 2023 - 2024	2023		2024	
	Unità Operative	N°Prestazioni	Tot. Importo Prestazioni	N°Prestazioni
Allergologia	708	12.756,77 €	924	15.225,99 €
Assistenza Neonatale	119	3.872,26 €	1	32,54 €
Camera Iperbarica	4.218	216.564,41 €	2.557	94.295,75 €
Dermatologia	5.212	77.883,52 €	4.168	61.873,01 €
Elettrostimolazione	2.907	60.333,78 €	3.269	67.336,67 €
Terapia del Dolore	8.524	540.011,01 €	11.892	608.122,95 €
U.O.C. Anatomia Patologica	3.956	132.902,32 €	4.595	156.049,10 €
U.O.C. Angioradiologia Interventistica	100	5.340,73 €	995	47.169,50 €
U.O.C. Cardiocirurgia	675	10.303,86 €	601	9.602,66 €
U.O.C. Cardiologia a Direzione Universitaria	921	17.168,79 €	1.396	22.150,64 €
U.O.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	906	9.157,59 €	2.039	20.739,73 €
U.O.C. Chirurgia Maxillo Facciale	2.708	64.186,49 €	4.841	448.994,68 €
U.O.C. Chirurgia Oncologica	1.345	254.138,19 €	1.966	298.240,21 €
U.O.C. Chirurgia Vascolare	1.246	21.921,61 €	1.300	22.290,67 €
U.O.C. Day Surgery Polispecialistico	3.054	44.767,41 €	3.607	53.701,71 €
U.O.C. Diagnostica per Immagini	7.116	420.899,22 €	7.918	515.833,86 €
U.O.C. Ematologia	5.661	129.325,16 €	7.665	229.898,98 €
U.O.C. Gastroenterologia	3.007	105.544,65 €	3.814	126.227,50 €
U.O.C. Geriatria	1.020	17.370,73 €	1.411	22.076,07 €
U.O.C. Laboratorio Analisi	75.766	386.154,51 €	94.018	464.414,30 €
U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali a Direzione Universitaria	2.868	44.721,63 €	2.988	47.317,08 €
U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	677	10.553,57 €	260	4.030,85 €
U.O.C. Medicina Interna	8.172	155.186,16 €	10.081	175.795,74 €
U.O.C. Nefrologia e Dialisi	7.209	806.292,63 €	8.475	792.560,88 €
U.O.C. Neonatologia	277	8.656,25 €	602	13.273,82 €
U.O.C. Neurochirurgia	1.774	34.023,59 €	1.771	34.089,49 €
U.O.C. Neurologia	5.931	84.114,83 €	11.241	167.435,47 €
U.O.C. Neuroradiologia	848	183.255,22 €	1.394	295.666,49 €
U.O.C. Oculistica	9.357	798.417,07 €	9.018	606.070,97 €
U.O.C. Oncologia Medica a Direzione Universitaria	8.878	730.154,73 €	12.883	1.281.035,34 €
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	6.193	115.707,60 €	6.972	143.938,00 €
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia a Direzione Universitaria	5.107	200.980,75 €	5.601	236.602,89 €
U.O.C. Otorinolaringoiatria	5.186	77.170,60 €	6.999	104.962,58 €
U.O.C. Pediatria	1.299	22.553,59 €	1.278	21.108,51 €
U.O.C. Pneumologia	4.187	119.161,34 €	6.182	176.341,22 €
U.O.C. Servizio Immuno Trasfusionale	6.926	160.924,32 €	8.629	198.849,86 €
U.O.C. Urologia	3.175	92.820,78 €	4.370	140.986,71 €
U.O.S.D. Fisiopatologia Epatica S.A.T.T.E	1.189	24.437,29 €	1.233	26.076,28 €
U.O.S.D. Follow Up del Paziente Post Acuto	10.511	266.988,82 €	12.423	314.919,62 €
U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica	2.300	184.054,32 €	3.205	269.644,41 €
U.O.S.D. Neuroriabilitazione e Unità Spinale - Riabilitazione Funzionale	388	7.812,50 €	591	12.062,76 €
U.O.S.D. Senologia	1.548	24.182,20 €	1.604	25.156,17 €
U.O.S.D. Stroke Unit	608	14.503,36 €	826	17.757,43 €
Totale	223.777	6.697.276,16 €	277.603	8.389.959,09 €

Fonte dati Tableau - Piattaforma CUP Regionale

E) ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Anche per il pronto soccorso, essendo già disponibili i dati dell'esercizio 2024, vengono di seguito confrontati con quelli dell'anno precedente:

Dati complessivi PRONTO SOCCORSO 2024-2023 (Generale+Ginecologico+Pediatrico)		
ESITO DIMISSIONE	2024	2023
Abbandona prima della chiusura della cartella	3.610	5.027
Abbandona prima della visita	2.793	2.469
Deceduto in PS	172	148
Dimissione a domicilio	18.290	16.746
Dimissione a strutture ambulatoriali	28.808	29.283
Giunto cadavere	7	10
Ricovero	9.014	9.134
Rifiuta ricovero	3.990	4.051
Trasferito ad altro Ospedale	534	568
Trasferito in struttura territoriale	48	80
TOTALE ACCESSI	67.266	67.516
CODICE COLORE	2024	2023
Arancione	5.993	6.249
Azzurro	12.567	
Bianco	16.989	19.381
Nero	7	7
Rosso	829	741
Verde	30.881	29.919
TOTALE ACCESSI	67.266	67.516

Nell'anno 2024 gli accessi complessivi registrati sono risultati complessivamente pari a 67.266, mentre nel 2023 erano stati 62.516.

Di seguito i dati di cui alla tabella precedente, dettagliati per tipologia di PS:

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	DATI PRONTO SOCCORSO GENERALE		DATI PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO		DATI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	
	2024	2023	2024	2023	2024	2023
ESITO DIMISSIONE	2024	2023	2024	2023	2024	2023
Abbandona prima della chiusura della cartella	3.394	4.823	137	143	79	61
Abbandona prima della visita	2.778	2.468	3	1	12	
Deceduto in PS	171	148	1			
Dimissione a domicilio	7.347	5.488	2.504	2.408	8.439	8.850
Dimissione a strutture ambulatoriali	26.213	26.781	2.236	2.184	359	318
Giunto cadavere	7	10				
Ricovero	6.623	6.760	1.485	1.613	906	761
Rifiuta ricovero	3.195	3.208	157	137	638	706
Trasferito ad altro Ospedale	449	471	1	1	84	96
Trasferito in struttura territoriale	48	79				1
TOTALE ACCESSI	50.225	50.236	6.524	6.487	10.517	10.793
CODICE COLORE	2024	2023	2024	2023	2024	2023
Arancione	5.964	6.225	5	10	24	14
Azzurro	12.087	10.997	20	36	460	186
Bianco	16.411	18.626	103	133	475	622
Nero	7	6				1
Rosso	817	731	1	2	11	8
Verde	14.939	13.651	6.395	6.306	9.547	9.962
TOTALE ACCESSI	50.225	50.236	6.524	6.487	10.517	10.793

Le attività nell'ambito delle relazioni con il pubblico

Nell'anno 2024 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp) ha, in sintesi, svolto le seguenti attività:

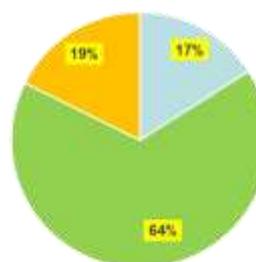
- **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.735 contatti, distinti come segue:

MOTIVO DEL CONTATTO	n.	%
INFORMAZIONE	400	54
PROBLEMA	335	46
TOTALE	735	100

In particolare, i contatti sono avvenuti con le varie modalità rappresentate di seguito:

URP
CONTATTI UTENTI GENNAIO - DICEMBRE 2024 / MODALITÀ DI CONTATTO

MODALITÀ DI CONTATTO	n.	%
VERBALE	126	17
TELEFONO	471	64
EMAIL	86	19
PEC	52	
TOTALE CONTATTI	735	100



- **Raccolta e Gestione delle Segnalazioni del Cittadino: Reclami ed Elogi**

Nell'anno 2024 l'Urp ha raccolto e gestito **n. 14 reclami scritti** presentati:

- n. 11 con PEC;
- n. 3 a mano con scheda.

Premesso che ogni **reclamo** può contenere una o più **segnalazioni negative** riferite a una o più articolazioni aziendali, si sottolinea che su n. **14** reclami, il totale delle segnalazioni per l'anno 2024 è di n. **16**.

Si indicano, a seguire, le Unità operative ed i Settori interessati dai **14** reclami.

UU.OO.

- n. 1 Geriatria;
- n. 1 Maxillo -Facciale;
- n. 4 Medicina e Chirurgia d'Urgenza / Pronto Soccorso;
- n. 2 Ostetricia e Ginecologia;
- n. 1 Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri;
- n. 2 Ematologia a Indirizzo Oncologico;
- n.1 Neurologia;
- n. 1 Oculistica;
- n. 1 Malattie Infettive.

SERVIZI

- n. 1 CUP.

Tutte le segnalazioni/reclami sono state oggetto di apposita istruttoria al fine di poter permettere una revisione dei processi lavorativi/ funzionali oggetto delle lamentele.

Nell'**anno 2024** l'Urp ha raccolto e gestito n. **19 elogi scritti**, presentati:

- n. 2 con scheda;
- n. 17 con e-mail/pec.

Premesso che ogni elogio può contenere una o più **segnalazioni di merito**, si sottolinea che, su n. **19** elogi, il totale delle segnalazioni per l'anno 2024 è di n. **23**.

Si indicano, a seguire, le Unità operative interessate dagli elogi:

UU.OO.

- n. 2 Anestesia e Rianimazione;
- n. 2 Cardiologia a Direzione Universitaria;
- n. 2 Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia;

- n. 1 Medicina e Chirurgia d'Urgenza / Pronto Soccorso;
- n. 1 Ortopedia e Traumatologia;
- n. 4 Geriatria;
- n. 1 Ematologia ad indirizzo oncologico;
- n. 1 Day Surgery Polispecialistica e Chirurgia a Ricovero Breve;
- n. 1 Gastroenterologia;
- n. 2 Otorinolaringoiatria
- n. 1 Oncologia medica;
- n. 5 Chirurgia Generale ed Oncologica.

Tutte le segnalazioni/elogi sono state inoltrate alle unità operative interessate al fine di poter maggiormente promuovere le performance.

Comunicazione – Ufficio stampa

Nell'anno **2024** l'Ufficio stampa e relazioni con i media:

- Nell'ambito dell'area di attività **Ufficio stampa e relazioni con i media**:
 - ➔ Ha curato le attività di informazione dell'Azienda ospedaliera indirizzate ai mass media:
 - ❖ Gestendo i rapporti con: stampa, televisione, radio, new media;
 - ❖ Redigendo e inviando alle redazioni giornalistiche comunicati stampa riguardanti l'attività dell'Ospedale e del suo vertice istituzionale, relativi a iniziative ed eventi promossi e sostenuti dall'Ospedale stesso;
 - ❖ Promuovendo interviste su temi di interesse con il coinvolgimento delle Direzioni e/o delle Unità operative;
 - ❖ Assicurando alle redazioni giornalistiche le notizie da queste ultime richieste su argomenti specifici, attraverso l'attivazione di percorsi di comunicazione interna utili allo scopo, puntualmente concordati con la Direzione Aziendale;

- ❖ Pubblicando sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), in una sezione dedicata, i comunicati stampa elaborati e la rassegna stampa di riferimento;
- ❖ Monitorando e gestendo quotidianamente la rassegna stampa in materia di sanità, prodotta da una Società esterna di settore, con cui ha curato i rapporti legati all'attività specifica.
- Nell'ambito dell'area di attività **Comunicazione Istituzionale - Redazione delle Informazioni al Cittadino**:
 - ➔ Ha curato la redazione delle informazioni direttamente indirizzate ai cittadini sulle attività dell'Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso:
 - ❖ Producendo e/o aggiornando, all'occorrenza e per effetto delle novità introdotte dall'adozione e dall'applicazione del nuovo Atto Aziendale, i contenuti informativi di pertinenza della Carta dei Servizi, articolata in *sezioni*, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in *paragrafi* tematici:

L'AZIENDA OSPEDALIERA

L'OSPEDALE: STRUTTURE, ASSISTENZA, SERVIZI

GLI AMBULATORI

LA COMUNICAZIONE, LA TUTELA, LA PARTECIPAZIONE

L'AREA DIDATTICA E FORMATIVA

La Carta dei Servizi, con la struttura appena descritta, è veicolata attraverso il sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) con accesso dalla home page;

- ❖ Aggiornando e implementando, all'occorrenza e per effetto delle novità introdotte dall'adozione e dall'applicazione del nuovo Atto Aziendale, per la pubblicazione sul sito internet (www.ospedale.caserta.it), le informazioni di carattere logistico. Gli interventi

hanno interessato le sezioni riferite ai Dipartimenti Sanitari e agli elenchi delle Unità operative distinte in: UO Staff Direzione Strategica; UO Area Direzione Amministrativa; UO Area Direzione Sanitaria; UO Sanitarie, sia Uoc sia Uosd, con indicazione dei relativi Direttori / Responsabili, edificio e piano di ubicazione. Hanno, inoltre, riguardato la sezione Mappa Ospedale che contiene gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità operative distribuite per piano di ubicazione;

- ❖ Elaborando avvisi e locandine informative, veicolati anche attraverso il sito internet aziendale, sui seguenti temi:
 - ✎ “Vaccinazioni per i pazienti fragili: modalità di accesso e ambulatorio vaccinale”;
- ❖ Promuovendo la pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) di locandine confezionate dalle Unità operative per la pubblicizzazione di iniziative ed eventi sanitari dalle stesse organizzate.
- Ha partecipato a un gruppo di lavoro aziendale per l’individuazione delle aree comuni degli edifici ospedalieri (hall, sale di attesa, corridoi, punto accoglienza nell’edificio F e banco accettazione del punto prelievi e della preospedalizzazione nell’edificio B) in cui affiggere e distribuire il materiale informativo (poster, locandine, brochure, cartoncini) consegnato all’AORN di Caserta dall’Ufficio Comunicazione della Soresa, per promuovere la Campagna Informativa della Regione Campania sulla Sanità digitale “Campania in Salute”, contraddistinta da sei contenuti tematici: *Cup unico regionale; Corredo vaccinale; Fascicolo sanitario elettronico; Scelta medico e pediatra; Esenzioni ticket; Telemedicina.*

Le prospettive per l’anno 2025]

In generale, le prospettive di cui tener conto per l’anno 2025 sono in linea con le previsioni della D.G.R.C. n. 465 del 27.7.2023. Per il dettaglio, si veda l’allegata *Direttiva del Direttore Generale 2025* ed il paragrafo dedicato agli obiettivi strategici ed operativi.

In tal senso, è opportuno riportare i dati del bilancio di previsione relativo alle risorse finanziarie e ai costi previsti per l'anno 2025, confrontati con i dati dell'anno precedente – deliberazione n. 1130 del 6 novembre 2024 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

CODICE	DESCRIZIONE	Preventivo 2025	Preventivo 2024
	A) Valore della produzione		
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	97.956.355,19	84.556.676,34
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-8.400.876,99	-6.090.887,99
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	9.304.891,60	7.066.275,20
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	105.981.088,23	97.824.662,45
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	924.962,01	840.662,96
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	999.732,41	1.129.467,64
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	5.952.369,31	4.645.168,19
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	187.154,20	153.612,46
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	212.905.675,96	190.125.637,25
	B) Costi della produzione		
BA0010	B.1) Acquisti di beni	52.631.681,31	46.660.316,29
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	34.968.806,30	22.626.826,52
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.902.408,63	4.942.176,18
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.559.756,36	1.687.008,16
BA2080	Totale Costo del personale	101.512.987,24	94.501.906,07
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	86.389.831,40	81.832.565,43
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	743.763,94	785.706,91
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	10.267.330,50	8.073.190,11
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	4.112.061,40	3.810.443,62
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.236.017,78	1.113.738,49
BA2560	Totale Ammortamenti	5.968.910,03	4.661.708,90
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	589.155,77	232.722,01
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	5.379.754,26	4.428.986,89
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	500.000,00	500.000,00
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-3.832.168,34	-2.706.501,08
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	4.455.327,54	9.736.937,72
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	205.903.726,85	183.724.117,25
	C) Proventi e oneri finanziari		
CA0010	C.1) Interessi attivi	0,00	0,00
CA0050	C.2) Altri proventi	0,00	0,00
CA0110	C.3) Interessi passivi	0,00	0,00
CA0150	C.4) Altri oneri	11.057,49	0,00
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-11.057,49	0,00
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
DA0010	D.1) Rivalutazioni	0,00	0,00
DA0020	D.2) Svalutazioni	0,00	0,00
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0,00	0,00
	E) Proventi e oneri straordinari		
EA0010	E.1) Proventi straordinari	0,00	253.740,00
EA0260	E.2) Oneri straordinari	0,00	0,00
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	0,00	253.740,00
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.990.891,62	6.655.260,00
	Y) Imposte e tasse		
YA0010	Y.1) IRAP	6.943.507,62	6.608.220,00
YA0060	Y.2) IRES	47.384,00	0,00
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	6.990.891,62	6.655.260,00
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0,00	0,00

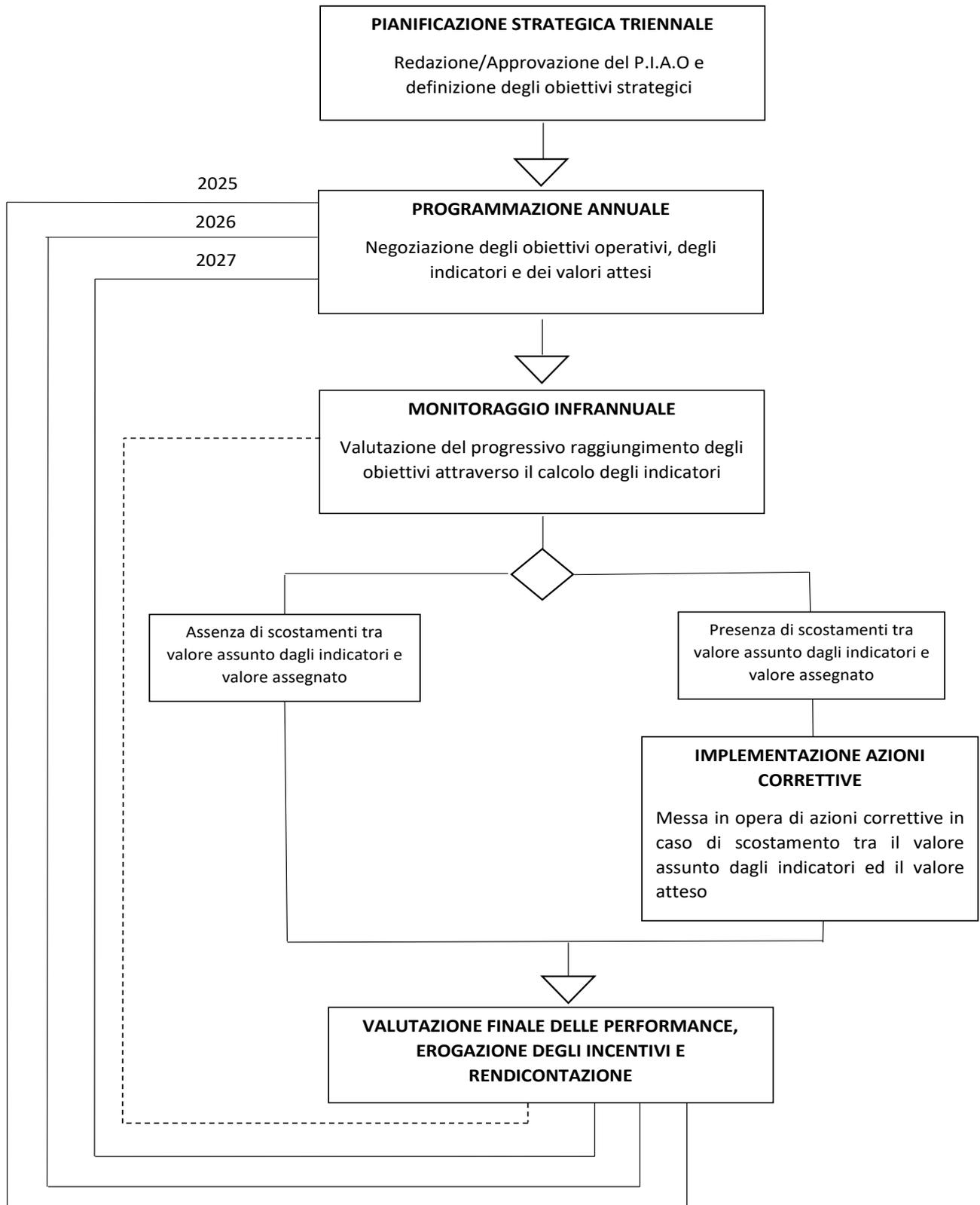
L'Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell'equilibrio economico anche per l'anno 2025.

2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il ciclo di gestione della performance consiste in un processo aziendale che, programmato su base triennale, ha durata annuale e si articola sinteticamente nelle fasi di:

- PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE DELLA PERFORMANCE (definizione degli obiettivi strategici che l'Azienda intende raggiungere con relativi indicatori e valori attesi);
- PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE (negoziatura degli obiettivi – con conseguente allocazione delle risorse - che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi);
- MONITORAGGIO INFRANNUALE DELLA PERFORMANCE (monitoraggio in itinere del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive);
- MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE (misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture che dei singoli professionisti, anche attraverso l'adozione della *relazione sulla performance*);
- UTILIZZO DEI SISTEMI PREMIANTI (distribuzione degli incentivi secondo criteri di valorizzazione del merito);
- RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI (diffusione dei risultati raggiunti agli stakeholder del sistema in un'ottica di *accountability*).

Nel grafico seguente, attraverso l'utilizzo di uno specifico *flow-chart*, si descrive la successione delle varie fasi che compongono l'intero processo implementato in Azienda.



Questo ciclo, avviato con l'approvazione del presente Piano, sebbene abbia una valenza triennale, prevede che ogni anno venga riprogrammata la negoziazione degli obiettivi, nonché la misurazione e la valutazione del raggiungimento degli stessi. Ai momenti di misurazione e verifica infrannuale, se ne aggiunge uno svolto a metà mandato del Direttore Generale, ovvero coincidente con la valutazione del suo operato che la Regione, di norma, effettua a 18 mesi a partire dall'incarico conferito.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto, vi deve essere un'integrazione logica tra il piano della performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano della performance con gli indirizzi del bilancio di previsione viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da far confluire in un unico arco temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori interessati dai due processi: dalla Gestione Economico Finanziaria al Controllo di gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo degli strumenti integrati dei due processi, quali, *in primis*, il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) sulle varie strutture aziendali. Emerge il fondamentale aspetto di una sempre maggiore integrazione anche con gli obiettivi derivanti dalle altre sezioni e sottosezioni del piano, in particolare, la trasparenza e l'anticorruzione, la formazione, ecc.

In sintesi, oltre agli obiettivi di carattere economico legati all'assegnazione del budget, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere strategico e tematico che costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione al Direttore generale.

La valutazione della performance individuale

La realizzazione degli obiettivi di performance individuati dall'azienda richiede un impegno costante di tutti gli operatori. A tal fine, sono stati predisposti sistemi di valutazione della *performance individuale* il più possibile oggettivi ed in linea con quanto previsto dalle norme vigenti.

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, com'è noto, fino ad alcuni anni fa, la valutazione era limitata alla sola dirigenza.

Per il personale di comparto non era previsto alcun sistema di valutazione individuale e si faceva riferimento ai "progetti annuali" che coinvolgevano l'intera équipe o, in alcuni casi, si procedeva alla sola verifica degli obiettivi assegnati ai titolari di coordinamento o posizione organizzativa.

L'introduzione di schede specifiche per la valutazione della performance individuale delle varie articolazioni della dirigenza e del comparto rappresenta uno strumento per misurare le competenze, l'impegno ed il risultato raggiunto. Il valutatore che compila le singole schede corrisponde al soggetto posto al livello gerarchico immediatamente superiore a quello del valutato, in quanto conosce direttamente il lavoro dei propri collaboratori.

In allegato, sono state elaborate alcune schede che prevedono indicatori utili a monitorare aspetti rilevanti dell'impegno e della professionalità dei singoli operatori.

Gli indicatori previsti, in linea generale, possono riguardare i seguenti ambiti:

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente:
 - al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi;

- al ***pensiero operativo*** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi;
- alla ***flessibilità***, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione;
- all'***innovazione*** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- ***area realizzativa***, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili, valutabili come:
 - la ***pianificazione e il controllo*** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri;
 - l'***iniziativa*** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema;
 - l'***orientamento al risultato***, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi;
 - la ***gestione del cambiamento*** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- ***area relazionale***, incentrata sull'efficacia nel comunicare e sull'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché sull'***ascolto*** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- ***negoziazione***, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso attraverso:
 - le ***reti relazionali*** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali;
 - la ***gestione delle risorse umane***, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali;
 - l'***integrazione organizzativa per*** misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.



A seconda delle figure da valutare, sono state predisposte le schede di valutazione individuali allegare al presente piano, distinte per area (dirigenza e comparto) e per tipologia di funzioni espletate.

2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI

Il presente Piano si avvale di un sistema di valutazione composto da:

- obiettivi strategici (pluriennali), definiti tali in quanto di estrema rilevanza rispetto ai bisogni della collettività in termini di *outcome*;
- obiettivi operativi (riferiti ad un lasso temporale annuale), discendenti direttamente dagli obiettivi strategici, che vengono assegnati sia alle strutture (per la valutazione della performance organizzativa) sia ai singoli professionisti (per la valutazione della performance individuale).

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori, con i relativi target, per consentire la misurazione e la valutazione della performance.

L'Azienda prevede la possibilità di valutazione di fattibilità non solo preliminare, ma anche in itinere; in tal modo, laddove le condizioni lo dovessero rendere necessario, è prevista la possibilità di rimodulazione del presente Piano.

Di seguito, vengono richiamati, in maniera sintetica:

- gli obiettivi strategici assegnati all'azienda con DGRC n.465 del 27.7.2023;
- gli obiettivi contenuti nella Direttiva della Direzione Strategica per l'anno 2025;
- gli obiettivi operativi che discendono direttamente dai precedenti.

Obiettivi strategici assegnati all'Azienda

Le prospettive e le scelte strategiche dipendono, in modo sostanziale, dagli indirizzi ministeriali e regionali previsti per il miglioramento del Sistema Sanitario e, quindi, dal rispetto della normativa nazionale e regionale in materia.

In sintesi, gli obiettivi comprendono, oltre a quelli di cui alle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (*Mantenimento dell'equilibrio economico; Miglioramento della qualità dell'assistenza; Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure; Informatizzazione e costruzione*

delle reti assistenziali; Ammodernamento tecnologico ed edilizio; Arruolamento e formazione continua del personale), anche i cosiddetti **obiettivi di carattere generale** assegnati al direttore generale con D.G.R.C. n.465 del 27.7.2023 che vengono riportati qui di seguito:

1) Obiettivi di carattere generale:

- a) *il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- b) *Il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;*
- c) *il rispetto dei tempi di pagamento.*

2) Obiettivi specifici:

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

3) Obiettivi tematici:

- a) *attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;*
- b) *digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;*
- c) *erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali.*

Obiettivi contenuti nella Direttiva del Direttore Generale per l'anno 2025

L'Azienda, mediante l'emanazione della direttiva del Direttore Generale 2025, allegata al presente documento, ha definito gli indirizzi di natura sanitaria volti al conseguimento degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del S.S.R., con particolare riferimento all'assistenza centrata sul paziente al fine di rispettare i suoi bisogni/valori e garantire le decisioni cliniche prese in suo favore. In tale ottica, essa si concentra principalmente sulle seguenti linee di attività:

- rispetto delle liste di attesa per codici di priorità;
- distribuzione diretta dei farmaci per il primo ciclo terapeutico;
- adeguamento e potenziamento delle reti tempo dipendenti;
- riduzione dei tempi di degenza media;
- fruizione delle ferie;
- proseguimento nell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico;
- screening oncologici;
- obiettivo NSG H18C sui parti cesarei.

Obiettivi operativi

Con riferimento agli obiettivi della programmazione regionale, l'Azienda ha posto in essere un processo di programmazione proiettato ad un orizzonte temporale triennale, individuando gli obiettivi operativi per il personale dirigente.

Gli obiettivi operativi sono collegati a riferimenti normativi regionali, alle previsioni dell'Atto Aziendale ed all'attuazione dei decreti e delle delibere di indirizzo regionale, nonché agli indirizzi della direzione strategica; sono, altresì, integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, compatibilmente con lo stato di implementazione dei vari strumenti informatici gestionali, questa si strutturerà annualmente

attraverso la metodica dei budget operativi con i quali si negozieranno gli obiettivi tra la direzione strategica ed i vari direttori di UU.OO., sia di area sanitaria che amministrativa.

Nella fattispecie, gli obiettivi operativi possono essere ricondotti ad alcune delle dimensioni della performance che sono state individuate facendo ricorso alla cosiddetta Balanced scorecard. Quest'ultima, permette di tradurre la missione e la strategia di una organizzazione in un insieme coerente di misure di performance che tengono conto della prospettiva economico-finanziaria, ma anche delle prospettive dell'apprendimento e crescita, dei processi aziendali e della clientela. Ispirandosi ai driver individuati dalla Balanced scorecard, il presente Piano, quale sintesi della propria programmazione, individua le dimensioni - entro cui declinare i vari obiettivi - che corrispondono alle seguenti aree strategiche:

- AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA E DELL'ECONOMICITÀ;
- AREA STRATEGICA DELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE E DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO;
- AREA STRATEGICA DELL'EFFICACY (ESITI), DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA;
- AREA STRATEGICA DELL'EFFECTIVENESS (ESITI), DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA, DELL'EQUITÀ E DELL'EMPOWERMENT.

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

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

I Direttori/Responsabili di struttura, a loro volta e senza mai configgere con gli obiettivi assegnati a ciascuna articolazione organizzativa, assegnano specifici obiettivi ai singoli professionisti.

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

2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Tutto il personale dirigente, il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità, nonché il personale del comparto, è inserito nel sistema aziendale di valutazione della performance codificata dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 al quale si rimanda per la descrizione delle modalità di:

- individuazione ed attribuzione degli obiettivi organizzativi ed individuali;
- verifica del raggiungimento (in itinere e finale) dei target assegnati per ogni indicatore associato ai vari obiettivi assegnati;
- calcolo dei punteggi di performance che verranno poi tradotti nella retribuzione di risultato.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La legge n. 190/2012 ha introdotto in Italia il sistema organico di prevenzione della corruzione, la quale prevede una strategia di contrasto alla corruzione che si articola in un approccio coordinato tra le azioni messe in campo a livello nazionale e quelle interne a ciascuna amministrazione.

In questa direzione l'**Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.)** svolge un ruolo fondamentale mediante il **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)** e le rispettive linee guida, fornendo indicazioni e indirizzi a cui devono attenersi gli enti pubblici nel predisporre la propria strategia di prevenzione, triennale, di prevenzione della corruzione e della trasparenza che sinteticamente deve essere ricompresa nell'ambito del **Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione (PIAO 2025-2027)**.

Con il documento PIAO l'Amministrazione esamina sia la propria organizzazione interna che il contesto esterno in cui opera, soprattutto, allo scopo di valutare il livello di esposizione al rischio corruttivo.

Le misure previste per prevenire fenomeni di corruzione e garantire la trasparenza delle proprie azioni, dunque, costituiscono il documento – che viene pubblicato per il cittadino in maniera intelligibile – con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione ai rischi di corruzione e, secondo una logica incrementale di miglioramento progressivo, indica gli interventi organizzativi che intende effettuare per prevenire tali rischi. In questo senso, la predisposizione di tali misure presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa dell'ente, dei processi decisionali e dei procedimenti amministrativi, senza i quali risulta difficile identificare quali profili di rischio corruttivo siano presenti nelle attività ed in che modo intervenire per provare ad evitare o comunque mitigare detti rischi.

La finalità è quella di individuare dove e come si annidano i principali rischi nello svolgimento dell'attività amministrativa propedeutica alla *mission* dell'ente e, di conseguenza, lo scopo è quello

di predisporre gli interventi organizzativi che meglio si adattano alla fisionomia dell'ente e che si ritengono opportuni ed attuabili per contenere il fenomeno della corruzione nei pubblici uffici.

Ogni amministrazione ha le proprie peculiarità e presenta sia differenti livelli di esposizione, sia differenti fattori che possono favorire la corruzione, dovuti ai diversi contesti sociali, economici e organizzativi in cui operano.

Per quanto sopra, ogni ente ha il compito di valutare il rischio corruzione e di decidere come trattarlo nell'ambito del PIAO, mediante identificazione e programmazione delle misure di prevenzione, seguendo le linee guida fornite a livello nazionale dall'ANAC.

A livello metodologico, i Principi Guida indicati nel *PNA aggiornato dall'ANAC* per il processo di gestione del rischio sono i seguenti:

- 1) **"prevalenza della sostanza sulla forma"**: il processo di gestione del rischio non deve essere attuato in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento, bensì deve essere progettato e realizzato, in modo sostanziale, in base alle specificità del contesto esterno ed interno dell'amministrazione;
- 2) **"gradualità"**: le diverse fasi di gestione del rischio, soprattutto possono essere sviluppate con gradualità, ossia seguendo un approccio che consenta di calibrare progressivamente in profondità l'analisi del contesto e migliorare continuamente la valutazione e il trattamento dei rischi;
- 3) **"selettività"**: è opportuno individuare le priorità di intervento, evitando di trattare il rischio in modo generico e poco selettivo, per cui occorre selezionare gli ambiti maggiormente esposti ai rischi di corruzione e agire su quelli;
- 4) **"integrazione"**: la gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione, per cui occorre garantire una sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance;
- 5) **"miglioramento e apprendimento continuo"**: la gestione del rischio di corruzione va intesa, nel suo complesso, come un processo di miglioramento continuo attraverso il monitoraggio e il riesame periodico del sistema di prevenzione messo in atto.

La presente relazione sulle misure da adottare è stata redatta in linea con i suddetti principi. Il processo di gestione del rischio di corruzione è stato progettato e realizzato in modo sostanziale ed

è stato adeguato alle specificità della Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, **mediante reciproci confronti con le diverse strutture organizzative sia per la mappatura dei processi con la valutazione dei rischi che per il trattamento delle misure di prevenzione.**

Per la realizzazione delle misure previste, infatti, si richiede la partecipazione attiva di dirigenti e responsabili che conoscono nel dettaglio le specificità dei singoli settori in cui si esplica l'attività complessiva dell'amministrazione. Il coinvolgimento e la partecipazione attiva degli attori ai vari livelli decisionali, in tal modo, li rende consapevoli del rilievo che possono avere le misure di prevenzione, contribuendo sia alla creazione di un tessuto culturale favorevole alla prevenzione della corruzione, sia all'espressione di **un valore pubblico** della propria Azienda; quest'ultimo può essere definito come l'incremento del benessere reale che viene prodotto presso la collettività (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) e che deriva dal miglior utilizzo da parte dell'ente delle proprie risorse tangibili (finanziarie e tecnologiche etc.) e intangibili, quali: capacità organizzative, rete di relazioni interne/esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate mediante erogazione di prestazioni sanitarie senza ulteriori incremento dei costi, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi di reputazione dovuti a insufficiente trasparenza o fenomeni corruttivi.

La predisposizione del presente PIAO 2025 – 2027, tiene conto degli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale e dell'attività in materia di anticorruzione e trasparenza svolta nel 2024.

Al fine di garantire la massima trasparenza e la più ampia partecipazione alla strategia di prevenzione della corruzione, la Corte Costituzionale ha chiarito che con la legge 190/2012 "la trasparenza amministrativa viene elevata anche al rango di principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione" e che le modifiche al d.lgs. 33/2013, introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, hanno esteso ulteriormente gli scopi perseguiti attraverso il principio di trasparenza, aggiungendovi la finalità di "tutelare i diritti dei cittadini" e "promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa" (sentenza Corte Costituz. 20/2019). Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost.)

L'obiettivo delle attività aziendali per le misure preventive di anticorruzione e per la trasparenza è quello di affrontare una sfida degli enti pubblici per diventare parti di una più ampia strategia che

consenta loro di uscire dal loro perimetro e trasformarsi in un elemento stabile e permanente dello stato di diritto, superando la logica della sola ed esclusiva regolamentazione come mezzo per assicurare un effettivo contrasto alla corruzione mediante mero adempimento.

2.3.1 L'iter di adozione e valore pubblico

Con riferimento al processo di formazione delle misure ed obblighi atti a prevenire qualsivoglia fenomeno corruttivo, il vigente **PNA** raccomanda alle amministrazioni e agli enti di prevedere, con apposite procedure, la più ampia e consapevole conoscenza e condivisione delle misure da parte degli organi di indirizzo, nella fase della loro individuazione. Ciò anche in assenza di una specifica previsione normativa che disponga sulla partecipazione degli organi di indirizzo.

I contenuti del d.lgs. 33/2013 integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione.

Ai fini della predisposizione della sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione e alla garanzia della trasparenza delle azioni dell'amministrazione, il PNA raccomanda di realizzare forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione del PIAO, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento anche nella prospettiva di collegare la trasparenza amministrativa con il **valore pubblico** partecipato, per cui sarebbe necessario sviluppare strumenti che garantiscano e potenzino le discussioni pubbliche.

In tale contesto, prima dell'adozione del presente Piano, si è proceduto a pubblicare un Avviso pubblico in data 08/01/2025 sul sito internet aziendale al fine di consentire agli Stakeholders esterni la presentazione di suggerimenti e/o istanze, per sollecitarne la partecipazione alle consultazioni in fase di redazione degli aggiornamenti del PTPCT.

Per realizzare la partecipazione nella definizione della strategia per la creazione del **valore pubblico** sarà necessario sia la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e degli stakeholder che sviluppare le relazioni con i cittadini e con gli altri soggetti interessati.

Per **valore pubblico** che si produce per il bene comune, cioè che si sviluppa anche a seguito dell'attivazione e della realizzazione delle misure di prevenzione della corruzione, si intende come un valore globale che provoca un aumento generale del benessere economico, sociale, ambientale, culturale etc. che viene prodotto realmente nell'ambito della collettività; ciò deriva, da parte dell'ente, dall'ottimizzazione di utilizzo sia delle proprie risorse finanziarie e tecnologiche etc. (tangibili) e sia delle proprie capacità organizzative di fare rete di relazioni interne/esterne e di capacità di lettura delle varie problematiche (intangibili) propedeutiche, rispettivamente, alla produzione di risposte adeguate all'utenza del territorio, mediante erogazione delle migliori di prestazioni sanitarie senza ulteriori incremento dei costi, e alla sostenibilità ambientale delle scelte, sempre più con una maggiore capacità di riduzione dei rischi di fenomeni corruttivi e con un incremento della trasparenza e bontà della gestione, di cui l'efficacia e l'efficienza possono essere registrate soprattutto nell'ambito dell'opinione pubblica.

In questa direzione, si tratta quindi di dare applicazione, anche nell'azienda, al concetto di *citizensourcing* che consiste nel promuovere un lavoro costante e approfondito di consultazione, audizione e contraddittorio con le parti e i portatori di interesse. Ad ogni buon conto, può essere anche utile soprattutto il lavoro che viene ogni giorno svolto dall'ufficio relazioni col pubblico (URP). Si è, quindi, proceduto a rilevare quanto evidenziato, adeguando il piano sulla base delle stesse segnalazioni provenienti dall'interno e dall'esterno per una definitiva condivisione.

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare nel nuovo PIAO 2025-2027.

2.3.2 La governance del sistema della prevenzione della corruzione e della trasparenza

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio e al monitoraggio delle misure previste dal PIAO.

L'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è tuttavia strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

In particolare, la **Direzione strategica** ha il compito di:

- creare le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuovere la cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione col RPCT.

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative possono individuare referenti per la gestione del rischio corruttivo, i quali possano fungere da interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo. In ogni caso, la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità organizzativa per il suo ruolo nell'ambito del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

L'OIV, invece, offre, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

In ultima analisi, comunque, i dipendenti partecipano attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PIAO. Si prefigura quindi un sistema che coglie in modo quasi fotografico una variabile di breve periodo (la soddisfazione delle prestazioni sanitarie) ma che la proietta in un contesto più ampio (la costruzione di un sistema di relazione e dialogo), che rappresenta il modo vero per assicurare nel tempo il miglioramento della qualità stessa nella programmazione del **valore pubblico**.

2.3.3 Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio corruzione in cui lo stesso 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, come riportato nel PNA, si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

- L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.
- L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio, in modo da poter calibrare su di essi le misure più idonee a prevenirli.
- La fase di misurazione del rischio, infine, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:
 - le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
 - le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi devono tenere conto operativamente di indicatori di rischio (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione del processo o delle sue attività. In tale contesto, il PNA, nell'ambito dei vari

aggiornamenti annuali intervenuti, ha individuato le seguenti aree di attività rispetto alle quali ciascuna Azienda Sanitaria deve valutare il livello di esposizione al rischio:

1. aree generali:

- Contratti pubblici.
- Incarichi e nomine.
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

2. aree specifiche:

- Attività libero professionale e liste di attesa.
- Rapporti contrattuali con privati accreditati.
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

L'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano, dal 2016 a tutt'oggi, ha intrapreso un percorso graduale di mappatura dei processi, con relativa identificazione e analisi dei rischi e successiva individuazione delle misure specifiche e generali da adottare al fine di ridurre il rischio nelle aree critiche.

2.3.4 Il trattamento del rischio

La Direzione Strategica dell'A.O.R.N. Caserta conferma gli obiettivi strategici nell'ambito della prevenzione della corruzione e trasparenza degli anni precedenti che restano quindi:

- Costruire insieme con i dipendenti, gli utenti e gli stakeholder del territorio, una cultura del bene pubblico orientata da principi di legalità e integrità.
- Aumentare la capacità dell'organizzazione di riconoscere situazioni di potenziale corruzione.
- Ridurre le opportunità organizzative favorevoli alla realizzazione di eventi corruttivi.
- Promuovere maggiori livelli di trasparenza.

Pertanto, dalle valutazioni dei rischi effettuate negli anni precedenti e catalogate nell'Allegato "Catalogo dei rischi" al presente PIAO, come sintetizzato nel paragrafo precedente, si è proceduto a individuare le misure di trattamento del rischio dando continuità alle misure già previste.

In particolare, nell'Allegato "Misure di trattamento del rischio corruttivo" del presente documento, tra le misure di trattamento del rischio sono inserite le misure di prevenzione non ancora attuate o parzialmente attuate nel triennio 2022_2023_2024 e per le quali è stata ritenuta sussistente l'attualità della misura stessa.

Inoltre, nell'individuazione delle misure da attuare, si è tenuto conto delle raccomandazioni ANAC effettuate nel PNA.

In particolare, nel PNA si ritiene necessario individuare all'interno del PIAO una specifica procedura di conferimento degli incarichi, tale da garantire:

- la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico;
- la successiva verifica entro un congruo arco temporale, da predefinire;
- il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
- la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

Il PNA, inoltre, raccomanda di prevedere nei Piani o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative le verifiche della sussistenza di eventuali cause di inconferibilità di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013. Pertanto, tra le misure del presente Piano è stata introdotta una procedura di verifica campionaria del casellario giudiziale dei dipendenti oggetto degli incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Il **PNA** raccomanda altresì di dare evidenza nel **PTPCT** del regolamento adottato ai sensi dell'art. 53, co. 3-bis, del d.lgs. 165/2001 e di effettuare una rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali valutando, nell'ambito dell'istruttoria relativa al rilascio dell'autorizzazione, la possibilità di svolgere incarichi anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente. In tal senso, l'AORN di Caserta ha già adottato (Delibera n.83 del 09/02/2022 modificato con Delibera n. 198 del

16/03/2022) "Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali" che prevede una specifica procedura autorizzativa delle attività extraistituzionali non ricadenti tra quelle in conflitto di interesse o vietate per legge.

Nel PNA, inoltre, si raccomanda alle amministrazioni di individuare all'interno del PTPCT una specifica procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi, potenziale o reale. In proposito, nel corso del 2019 (Deliberazione n. 254/2019) l'A.O.R.N. Caserta ha adottato il "Regolamento aziendale sulla policy di gestione del conflitto d'interesse" dove trovano già un loro recepimento le indicazioni dell'ANAC.

Con riguardo alla rotazione c.d. straordinaria, invece, l'istituto è stato previsto nel PNA aggiornato dall'ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PIAO o in sede di autonoma regolamentazione cui il PIAO deve rinviare.

L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) D.Lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Tale misura, c.d. rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione ordinaria. La rotazione c.d. "ordinaria" del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta infatti una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. Essa è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b).

Pertanto, tra le misure di trattamento del rischio di questo Piano, è prevista la predisposizione di un apposito Piano di Rotazione da attuarsi nel biennio successivo.

Il PNA aggiornato dall'ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, inoltre, raccomanda di inserire nei piani, misure volte a prevenire il fenomeno del cd. Pantouflage (art. 53 del D.Lgs. 165/2001 co. 16-ter, modificato dall'art. 1 co. 42 lett. l), della L. 190/2012). Pertanto, tra le misure di trattamento del rischio inserite nell'allegato al presente documento, è stata prevista la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (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).

Infine, tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal PNA aggiornato dall'ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

L'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PIAO 2025 - 2027.

La formazione in argomento sarà strutturata su due livelli:

- uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità;
- uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. Dovrebbero, quindi, definirsi percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono.

2.3.5 Obbligatorietà delle misure

L'art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PIAO. La violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (legge 190/2012, art. 1, co. 14). È fatto preciso obbligo per i dirigenti di avviare i procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti ai sensi all'art. 55-sexies, co. 3, del d.lgs. 165/2013.

La UOC "Adeguatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance" è individuata come soggetto responsabile affinché, nella redazione del PIAO 2025/2027, sia data certezza della presenza di obiettivi dirigenziali che ricalchino le misure di trattamento del rischio individuate.

In ogni caso, per poter realizzare un modello di gestione del rischio corruttivo diffuso nell'organizzazione (c.d. modello di prevenzione a rete), i responsabili degli uffici e i dipendenti tutti, quando richiesto e nelle modalità specificate, hanno il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT. Tale dovere, laddove disatteso, può dar luogo a provvedimenti disciplinari.

2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico

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.

Il sistema di monitoraggio prescelto si articola su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello può essere attuato in autovalutazione da parte dei referenti (ove nominati) o dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura.

Il monitoraggio di secondo livello dovrà essere attuato dal RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno, e consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PIAO da parte delle unità organizzative in cui si articola l'Azienda. Esso sarà realizzato sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all'interno del PIAO 2025-2027.

L'attività di monitoraggio del Piano, sia di primo che di secondo livello, verrà effettuato con modalità coordinata e continuativa per tutto l'arco temporale di riferimento del triennio con scadenze almeno annuali. Tuttavia, al fine di consentire un eventuale riesame del Piano, ove necessario, alla scadenza infra-annuale del 30/09 ciascun referente per l'attuazione delle misure di prevenzione fornisce al RPCT ogni utile informazione a definire lo stato di attuazione della misura stessa. Il RPCT può comunque in ogni momento effettuare audit su specifiche problematiche e/o fattispecie.

2.3.7 La trasparenza ex D.Lgs 33/2013 e D.Lgs. 97/2016

L'A.O. ha avviato da tempo processi finalizzati al rispetto degli obblighi di trasparenza di cui alla Legge n. 190/12 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e al D.Lgs. n. 33/13 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Infatti, in considerazione dell'art. 9 del citato Decreto 33/2013, è stata creata la sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito istituzionale dell'Ente.

Inoltre, in considerazione dell'art. 10 del citato Decreto 33/2013, nell'anno 2013 è stato adottato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015 (deliberazione n. 691 del 17 settembre 2013) e, successivamente, nel 2015 è stato adottato il nuovo Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017 (deliberazione n. 201 del 7 agosto 2015).

Alla luce delle revisioni apportate alla normativa sulla trasparenza dal D.lgs. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", il **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità** risulta inserito nell'ambito del **Piano triennale della prevenzione della corruzione**, costituendone una sezione specifica.

Nell'attuazione delle revisioni previste dal suddetto decreto, l'AO ha tenuto conto, altresì, delle indicazioni fornite dalle Linee guida emesse dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con

delibera n. 1310 del 28/12/2016, sulle principali e più significative modifiche intervenute, e con determinazione n. 1309 del 28/12/2016, in materia di accesso civico ed obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA (G.U.R.I. n. 7 del 10 gennaio 2017).

Nel corso del 2020, altresì, si è provveduto a recepire la Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019 recante "Integrazioni e modifiche della delibera 08/03/2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, commi 1-bis e 1-ter del D.Lgs. 14/03/2013 n. 33, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23/01/2019", con la quale l'ANAC ha provveduto a formulare modifiche alla precedente delibera n.241/2017 con cui, nelle more della definizione del contenzioso dinanzi alla Consulta, risultavano sospesi alcuni degli obblighi di pubblicazione previsti dall'art.14 del D.Lgs.33/2013.

Con la nuova Delibera, l'ANAC ha precisato che *"I dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall'art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), sono interamente assoggettati all'art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017 (par. 2.3 "Casi particolari – La Dirigenza Sanitaria")"*.

Pertanto, si è provveduto a far integrare le dichiarazioni oggetto di pubblicazione con le informazioni la cui acquisizione era stata precedentemente sospesa.

Dal mese di dicembre 2022 a tutt'oggi, inoltre, si è provveduto a dare una nuova veste grafica al sito internet – Sezione "Amministrazione Trasparente" con l'obiettivo di rendere il dato più facilmente accessibile ai sensi del D. Lgs. 33/2013.

Con riguardo sia al 2023 che al 2024, gli obiettivi strategici ed operativi in materia di trasparenza sono stati strutturati con lo specifico scopo di assicurare l'alimentazione costante e continua dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente, oltre che la loro correttezza e completezza.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico dell'AO e, a tal fine, gli obiettivi operativi di trasparenza che intende perseguire sono i seguenti:

- miglioramento complessivo e costante della qualità dei dati pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, attraverso un'attività di supporto ai responsabili del trattamento e pubblicazione dei dati;
- diffusione della cultura della trasparenza, attraverso attività di formazione e sensibilizzazione;
- monitoraggio e controllo periodico da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- coordinamento con gli obiettivi strategico - gestionali dell'AO al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti in materia di trasparenza, attraverso l'attribuzione di obiettivi di performance e dirigenziali specifici per l'attuazione della trasparenza.

Gli obblighi di pubblicazione saranno attuati da tutte le strutture coinvolte e indicate nelle tabelle dell'allegato "Obblighi di trasparenza" del presente PIAO 2025/2027, con il coordinamento del Responsabile della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il monitoraggio e la vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al RPCT e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provvede a:

- monitorare, sistematicamente, la regolarità e tempestività dei flussi informativi, attraverso la navigazione nella sezione "Amministrazione trasparente". Il monitoraggio è effettuato a campione sulla totalità degli obblighi di pubblicazione. Qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità di livello significativo, il RPCT sollecita il Responsabile della individuazione/elaborazione/pubblicazione dei dati a provvedere in merito, assegnando un termine non inferiore a 10 giorni e non superiore a 30 giorni, salvo eccezioni debitamente motivate; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a segnalare la circostanza alla Direzione aziendale, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e/o agli ulteriori organismi che – a seconda delle circostanze – sono interessati;
- riscontrare le specifiche richieste da parte dell'ANAC in materia di attuazione del principio di trasparenza;

- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), secondo le specifiche richieste ed ai fini dell'attività di verifica di sua competenza.

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà l'attuazione degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la scansione delle informazioni, dati e documenti da pubblicare e l'indicazione degli scostamenti da quanto previsto nella tabella degli obblighi, di cui all'allegato del presente Piano. Sarà supportato anche dalla redazione di apposito report, al fine di monitorare sia il processo di attuazione, sia l'utilità ed usabilità dei dati inseriti, in riferimento ai seguenti fattori:

- ✓ costante aggiornamento;
- ✓ completezza;
- ✓ tempestività;
- ✓ comprensibilità;
- ✓ omogeneità;
- ✓ attestazione della conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda;
- ✓ formato dei dati: aperto o rielaborabile.

Il RPCT potrà effettuare ulteriori controlli a campione, per verificare l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

All'Organismo Indipendente di Valutazione compete il preciso compito di attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. I relativi esiti sono pubblicati sulla sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale, nella sotto sezione "Disposizioni Generali".

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Nell'Azienda Ospedaliera di Caserta l'organizzazione dell'attività è articolata nelle seguenti macroaree:

- **AREA DIREZIONALE,**
che aggrega la Direzione strategica (*Direzione generale, Direzione sanitaria, Direzione amministrativa*)
- **AREA CLINICO-ASSISTENZIALE,**
che sono strutturate sul MODELLO DIPARTIMENTALE, finalizzato a favorire l'integrazione e la collaborazione fra le singole discipline e, contemporaneamente, la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse.

I dipartimenti attivi in Azienda, in base all'atto aziendale approvato con DGRC n.465 del 27.7.2023, sono 8, tutti nell'area sanitaria:

- CARDIO-VASCOLARE;
- SCIENZE CHIRURGICHE;
- EMERGENZA ED ACCETTAZIONE;
- ONCO-EMATOLOGICO;
- DELLA DONNA E DEL BAMBINO;
- TESTA COLLO;
- SCIENZE MEDICHE;
- SERVIZI SANITARI.

In questi anni l'A.O. S. Anna e S. Sebastiano ha subito un decisivo processo di ammodernamento ed innovazione, che ha privilegiato il rafforzamento dell'organizzazione dipartimentale, la semplificazione dei percorsi di accoglienza e ricovero, con la riorganizzazione degli spazi, soprattutto quelli dedicati alle degenze, imposta anche dalla cantierizzazione del padiglione centrale e degli altri padiglioni coinvolti nel programma di ammodernamento delle strutture avviato dall'azienda negli anni scorsi ed attualmente in piena fase attuativa.

Si è lavorato e si procederà anche nel seguito alla riorganizzazione, riconversione e riallocazione di spazi, con processi di accorpamento e concentrazione di funzioni specifiche ed omogenee, sempre nell'ottica di garantire i necessari criteri di efficienza.

Come detto, al fine di raggiungere gli obiettivi strategici prefissati, in coerenza con le direttive regionali, l'azienda ha adottato il **modello dipartimentale** per l'organizzazione sia delle attività di diagnosi e cura che delle attività amministrative.

Ciascun dipartimento articola la propria organizzazione attraverso le Unità Operative Complesse (da cui dipendono le unità Operative Semplici assegnate) ed attraverso le Unità Operative Semplici Dipartimentali. Queste ultime, quindi, sono dotate di autonomia rispetto alle altre UU.OO.CC. del dipartimento, rispondono degli obiettivi ad esse assegnati e si relazionano direttamente col direttore di dipartimento e con la direzione sanitaria.

Il dipartimento, quindi, rappresenta la struttura aziendale deputata al conseguimento non solo dell'efficacia assistenziale, dell'organizzazione della didattica e ricerca e dell'efficacia della gestione amministrativa, ma anche dell'efficienza delle stesse mediante azioni di interscambio e di condivisione di risorse atte a garantire:

- l'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, delle risorse umane e tecnologiche al fine di garantire la migliore assistenza all'utente;
- lo studio, l'applicazione e la verifica dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- la promozione di iniziative finalizzate alla personalizzazione ed alla umanizzazione dell'assistenza;
- la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita.

L'individuazione di raggruppamenti disciplinari più omogenei sia dal punto di vista funzionale che strutturale centra, certamente, l'obiettivo di realizzare l'ottimizzazione delle risorse, senza alterare la qualità dell'assistenza e più compiutamente la mission di una AORN quale quella di Caserta.

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

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

- Direzione di Dipartimento;
- Direzione di Struttura Complessa;
- Direzione di Struttura Semplice a valenza dipartimentale e Direzione di Struttura Semplice;
- Incarico professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale e di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa;
- Incarico professionale di alta specializzazione;
- Incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- Incarico professionale di base.

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

- Direzione di Struttura Complessa;
- Direzione di Struttura Semplice;
- Incarico di natura professionale anche alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- Incarico di natura professionale di base.

A ciascun incarico dirigenziale sono attribuite la missione e le specifiche aree di responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, le attribuzioni di competenze, nonché un

valore economico determinato secondo il modello di graduazione delle posizioni dirigenziali, i cui criteri generali sono fissati in sede di contrattazione aziendale.

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

Il vigente CCNL comparto sanità disciplina i nuovi incarichi di funzione stabilendo e definendo il contenuto e i requisiti per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale e assistente sociale senior, nonché per il personale appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale.

Le tipologie di incarichi istituiti sono:

- Incarico di organizzazione
- Incarico professionale.

Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane

ANALISI FATTORI QUALITATIVI/QUANTITATIVI - al 31/12/2024	
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	47,68
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	48,85
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO - dal 01/01/2024 al 31/12/2024	
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	2,07
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	0,7
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	89,07
INDICATORI - ANNO 2024	
% DI DIRIGENTI DONNE al 31/12/2024	49,01
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE al 31/12/2024	56,35
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DIRIGENTE al 31/12/2024	3.701,76
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTE al 31/12/2024	3.720,45
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE NON DIRIGENTE al 31/12/2024	1.955,25
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE al 31/12/2024	1.902,21
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO dal 01/01/2024 al 31/12/2024	62,08
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE dal 01/01/2024 al 31/12/2024	79,42

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il ministro per la Pubblica Amministrazione ha firmato il 29 dicembre 2023 una nuova direttiva per il lavoro agile, nella quale, viene evidenziato che l'utilizzo del lavoro agile, da strumento emergenziale, si è progressivamente riappropriato anche nel pubblico impegno della sua reale natura di strumento organizzativo, trovando disciplina nell'ambito della contrattazione collettiva, che ne ha tratteggiato le caratteristiche necessarie ad un suo armonioso utilizzo nell'ambito delle pubbliche amministrazioni.

Come strumento organizzativo e di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il lavoro agile nel pubblico impiego è regolato, per ciascun lavoratore, da accordi individuali - sottoscritti con il dirigente/capo struttura, che calano nel dettaglio obiettivi e modalità ad personam dello svolgimento della prestazione lavorativa.

Anche per i lavoratori fragili, superata l'esigenza pandemica di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile, la direttiva evidenzia, comunque, la necessità di garantire ai lavoratori che documentano "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, "anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza".

In ambito sanitario, la materia del lavoro agile è disciplinata dal C.C.N.L. relativo al personale Comparto Sanità triennio 2019-2021, sottoscritto in data 02.11.2022, e nelle disposizioni comuni del C.C.N.L. Funzioni Locali (art.11 e 12) in cui rientra la Dirigenza PTA.

Entrambi i contratti definiscono il lavoro agile quale una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle

Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.

La finalità è il conseguimento del miglioramento dei servizi pubblici e dell'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Sono esclusi dal lavoro agile i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili e pone a carico dell'Azienda l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le OO. SS.

Nello specifico, il citato Contratto configura il lavoro agile, in conformità della normativa vigente, come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti anche con forme di organizzazione per fasi cicli ed obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno di questi senza una postazione fissa predefinita entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Ove necessario, per la tipologia di attività svolta dal lavoratore e/o per assicurare la protezione dei dati il lavoratore concorda con l'Azienda i luoghi ove è possibile svolgere l'attività.

In ogni caso nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore nonché la piena operatività della dotazione informatica e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Azienda che vengono trattate dal lavoratore stesso. A tal fine, l'AORN consegnerà al lavoratore una specifica informativa in materia.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto.

Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il

diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno, con le precisazioni che seguono.

L'Azienda garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.

L'Azienda nel dare accesso al lavoro agile curerà di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve queste ultime, e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza.

L'Azienda previo confronto con le organizzazioni sindacali avrà cura, individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile,

Entrambi i CC.CC.NN.LL precisano che l'amministrazione avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Accordo individuale

In entrambi i Contratti Collettivi del Comparto e della Dirigenza PTA, l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori che siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale con contratto a tempo determinato o indeterminato.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova.

Tale accordo conterrà i seguenti elementi essenziali:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;

- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- indicazione della fascia di contattabilità (cui all'art. 79 comma 1, lett. a) del CCNL Comparto e art 12 lett. e) del CCNL Dirigenza Funzioni Locali);
- i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.1.;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Il solo CCNL Comparto entra nel dettaglio della prestazione lavorativa in modalità agile

Specifica, infatti, che la stessa può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità simili. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;
- fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto, nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari di cui all'art. 51 (Permessi retribuiti

per motivi personali o familiari), i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 13 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 per la fascia di contattabilità.

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

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile.

Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. A tal fine, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di cui al comma 1, lett. a) non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle *email*, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

Formazione al lavoro agile

Per ciò che concerne la formazione nel lavoro agile al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione, l'AORN

prevedrà specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

La formazione dovrà perseguire l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione, la condivisione delle informazioni e la salute e sicurezza sul lavoro.

Lavoro da remoto

Il CCNL Comparto sanità dedica altro capitolo al lavoro da remoto che è prestato, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, che comporta la effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato.

Tale lavoro da remoto è realizzabile con l'ausilio di dispositivi tecnologici, messi a disposizione dall'Azienda- può essere svolto nelle forme seguenti:

- **telelavoro domiciliare**, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente;
- **altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.**

Nel lavoro da remoto con vincolo di tempo, il lavoratore è soggetto ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento al rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro. Sono, altresì, garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari e trattamento economico.

Fermo restando il confronto con le Organizzazioni sindacali, l'Azienda può adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo - con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio- nel caso di attività, previamente individuate dalle stesse



Aziende, ove è richiesto un presidio costante del processo e ove sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

L'Azienda concorda con il lavoratore il luogo ove viene prestata l'attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno semestrale. Nel caso di telelavoro domiciliare, concorda con il lavoratore tempi e modalità di accesso al domicilio per effettuare la suddetta verifica.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'A.O., ha elaborato il nuovo Piano 2023-2025 che è stato definitivamente approvato dalla Regione Campania con della DGRC 406 del 31/07/2024, seguita dalla deliberazione del direttore generale n.900 del 06.08.2024, quale presa d'atto della stessa deliberazione di G.R. della Campania, che riporta nel prospetto che segue gli elementi fondamentali:

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 148/2024

AOIR SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO Caserta	di	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025
RUOLO SANITARIO								
Dirigenti Medici		360	510	150	118	41	71	4
Dirigenti Sanitari non medici		30	58	28	5	2	3	-
di cui dirigenti professionisti sanitarie		-	-	-	1	1	-	-
di cui farmacisti		7	-	-	2	-	2	-
di cui altri sanitari non medici		23	-	-	2	1	1	-
Personale del comparto area sanitaria		867	1.332	465	145	88	30	9
di cui infermieri		724	880	156	108	67	36	8
di cui estetiche		21	27	6	6	9	-	-
di cui tecnici sanitari		89	288	199	24	14	10	-
di cui altro comparto sanitario		23	37	14	9	4	4	1
RUOLO SOCIO-SANITARIO								
Personale del comparto area socio-sanitaria		164	274	110	98	58	38	5
di cui OSS		162	270	108	94	56	35	5
di cui assistenti sociali		2	4	2	2	-	-	2
RUOLO TECNICO								
Dirigenti		72	121	49	37	19	27	-
Personale del comparto area tecnica		1	18	17	5	4	1	-
di cui informatici		71	103	32	32	8	26	-
RUOLO PROFESSIONALE								
Dirigenti		12	19	7	-	-	-	-
di cui farmacisti		4	2	-	-	-	-	-
Personale del comparto area professionale		8	8	-	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO								
Dirigenti		87	228	141	38	18	17	-
di cui farmacisti		9	34	25	4	2	2	-
Personale del comparto area amministrativa		78	194	116	31	16	15	-
TOTALE		1.362	2.420	858	434	213	203	18

Con l'adozione del piano triennale dei fabbisogni del personale per il triennio 2023-2025, l'Azienda programma il proprio fabbisogno in modo da coniugare l'esigenza di garantire la regolare erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) consolidando l'idea di sistema sanitario pubblico universalistico con gli obiettivi di equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale e con i vincoli di finanza pubblica vigenti.

La rappresentazione economica del PTFP rispetta gli obiettivi di spesa del personale concordati con la Regione Campania e orientati al rispetto, a livello regionale, del limite di spesa (articolo 2 comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191) corrispondente al valore della spesa sostenuta nel 2004 ridotta del 1,4%, tenuto conto delle variazioni organizzative del SSR e degli eventuali incrementi

annuali del FSR stabiliti a livello regionale unitamente al perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

Questo complesso equilibrio tra l'adesione ai LEA e l'impegno rivolto a ottemperare il limite economico suddetto, costituisce e costituirà l'obiettivo primario nella gestione delle risorse umane per l'anno in corso e per il triennio di riferimento.

Il PTFP viene definito in coerenza con i principi generali in materia di piano dei fabbisogni e con gli indirizzi regionali (DGRC 190/2023 e DGRC 148/2024) che costituiscono la cornice normativa di riferimento per le politiche di gestione delle risorse umane.

In quest'ottica, il PTFP si configura come un documento di programmazione e, proprio in quanto tale, non vincola direttamente l'attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali.

Lo scenario pandemico, il suo consolidarsi oltre una finestra temporale, non solo ha evidenziato la necessità di un ripensamento del modello organizzativo con una rivisitazione degli assetti di attività e funzioni a livello assistenziale ospedaliero, ma ha anche fortemente influenzato l'attività operativa e assistenziale, costringendo, negli ultimi anni, ad implementare gli organici con assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario.

A ciò si aggiunga la complessità del momento caratterizzato anche in funzione delle emergenti necessità per far fronte agli impatti derivanti dalla fase post pandemica e dalla sua ripresa disomogenea, con il fine di rientrare nella regolarità delle prestazioni sanitarie e dei servizi e con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane rispetto a tali attività.

3.3.1 Piano Aziendale di Formazione

L'AORN ha elaborato l'allegato programma formativo aziendale per l'anno 2025 che si configura come strumento di pianificazione e monitoraggio delle attività formative. Tale documento viene redatto con l'obiettivo di consentire l'arricchimento delle conoscenze, delle abilità tecniche e delle capacità comunicative e relazionali di tutto il personale, oltreché consentire l'acquisizione dei crediti formativi

ECM per il personale avente l'obbligo. L'azienda, inoltre, tiene conto delle indicazioni emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed in particolare, di quelle contenute nella recente direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025. A riguardo, l'azienda ha programmato un evento informativo, da tenersi nei primi mesi dell'anno, di approfondimento delle tematiche affrontate dalla direttiva e delle conseguenti innovazioni previste, dal titolo "La formazione del personale tra obbligatorietà, necessità e responsabilità".

Il programma formativo, come detto, viene riportato nell'apposito allegato al presente piano corredato di tutti gli elementi di dettaglio necessari alla comprensione dei singoli eventi.

Inoltre, in conformità al vigente Regolamento della Formazione e dai CC.CC.NN.LL., si favorisce l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale, anche esterni, mediante permessi di diritto allo studio.

Nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane, nonché, della conseguente valutazione individuale, è tenuta in consistente considerazione la partecipazione ai percorsi formativi aziendali ed extra-aziendali. Per i dirigenti è previsto tra gli obiettivi trasversali fissati nell'apposita sezione di questo piano uno specifico obiettivo per favorire la partecipazione ai vari percorsi formativi da parte di tutto il personale dell'azienda.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

In coerenza con le indicazioni normative vigenti, il monitoraggio del Valore Pubblico ed il monitoraggio delle Performance è previsto secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs n. 150/2009.

Il monitoraggio degli indicatori consiste nella verifica degli scostamenti che avverranno, nel periodo oggetto di programmazione del PIAO, di norma, sui valori di baseline, al fine di raggiungere i valori target previsti.

Fondamentale è il monitoraggio continuo delle performance aziendali e di singola struttura in modo da permettere una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi inizialmente proposti.

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e delle strutture organizzative viene realizzato con cadenza periodica con la finalità di evidenziare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive. Questo processo consente il miglioramento continuo della qualità della prestazione offerta al cittadino, garantendo l'efficienza della gestione e la sostenibilità economica aziendale.

Il Reporting aziendale a supporto del monitoraggio degli obiettivi operativi e degli obiettivi trasversali deve avvenire con cadenza semestrale.

Nel corso dell'anno, laddove il monitoraggio rilevi scostamenti rilevanti tra i dati effettivi e quelli di negoziati, si avvia il processo di revisione degli obiettivi. L'ultimo monitoraggio dell'anno chiude il processo del controllo periodico e sistemico e coincide con la rendicontazione di fine anno.

Nelle schede relative a tutte le UU.OO.CC. e le UU.OO.SS.DD. vengono riportati:

- gli obiettivi strategici e tematici assegnati all'Azienda, declinati in obiettivi organizzativi ed in obiettivi specifici;

- gli indicatori di misurazione degli obiettivi;
- il peso dei singoli obiettivi;
- il responsabile del monitoraggio del singolo obiettivo.

Per gli obiettivi con indicatori non analitici, per esempio quelli per cui la positiva valutazione risulta strettamente collegata alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, il livello di raggiungimento degli stessi viene misurato dal Direttore della U.O.C. Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi informativi. Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso vengono analizzate le relative motivazioni e le eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, che possono condurre ad una revisione degli obiettivi.

Il soggetto responsabile del monitoraggio delle Performance nell'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta è l'U.O.C. Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi informativi, in collaborazione con tutte le UU.OO. aziendali.

4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza

Il monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza va inteso come strumento risolutivo dei problemi.

La disciplina vuole che il monitoraggio si effettui, in parallelo, sia sull'anticorruzione che sulla trasparenza, in modo da incrociare i dati presenti ed avere un quadro chiaro e dettagliato delle criticità. Pertanto, è preciso dovere dell'amministrazione garantire un reale supporto (in risorse umane e tecnologiche) per consentire l'espletamento della suddetta attività di controllo, da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Questo consente ai responsabili delle aree di evidenziare le criticità riscontrate.

Si precisa che il monitoraggio costituisce 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. Tale attività va svolta in modo continuativo per la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure dei Piani, di cui agli Allegati della sottosezione 2.3, serve anche a misurare la loro sostenibilità, consentendo il loro adeguamento alle caratteristiche peculiari dell'A.O. .

Per verificare l'idoneità delle misure adottate e la contestuale attuazione delle stesse, è prevista la programmazione di specifici audit interni tra il RPCT ed i Direttori delle strutture complesse, da avvenire con cadenza semestrale, finalizzati a tale accertamento.

4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile

Il lavoro di analisi sullo stato di implementazione del lavoro agile costituisce il punto di partenza per le organizzazioni che, come l'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, vogliono rivedere i propri modelli organizzativi in un'ottica innovata ed ispirata alla digitalizzazione. In tale scenario, l'azienda si propone di monitorare l'adozione ed il rispetto delle indicazioni in materia.

Tale monitoraggio si espletterà attraverso:

- l'attenta valutazione dello stato di implementazione delle indicazioni previste nella sottosezione 3.2, ovvero analizzando le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile in tutta l'organizzazione aziendale;
- la misurazione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o individuali.

Il soggetto responsabile del monitoraggio dell'attuazione delle misure previste dalla sottosezione 3.2 è la U.O.C. Gestione Risorse Umane.

4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale

Come sancito dagli artt. 6, 6 bis e 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili è orientato verso gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità definiti a livello aziendale, con uno sguardo attento alla qualità dei servizi offerti ai cittadini. In tale contesto, le aziende pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, il quale stabilisce le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, in coerenza con i limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle possibilità assunzionali previste dalla legislazione vigente. Le aziende pubbliche hanno poi facoltà di procedere al congelamento dei posti ed alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione nelle misure previste dalla normativa, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.

Ogni anno, rispetto al periodo di programmazione, l'A.O., secondo le modalità definite dall'art. 60 del D.Lgs. n.165/2001, provvede agli aggiornamenti del PTFP, resi poi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica.

È necessario considerare che la predisposizione del PTFP, nell'ambito del SSR, è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Il PTFP dell'A.O. attua i piani programmatici stabiliti dall'Atto Aziendale vigente.

Il soggetto responsabile del monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale è l'UOC Gestione Risorse Umane.

ALLEGATI

- **Direttiva 2025 – Atto di indirizzo del Direttore Generale**
- **Allegati alla sottosezione 2.2 - Performance**
 - Modelli delle Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;
 - Modelli delle Schede di valutazione individuale – Area Comparto;
- **Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza**
 - Catalogo rischi
 - Misure di trattamento del rischio;
 - Obblighi di trasparenza
- **Allegato alla sottosezione 3.3**
 - Programma formativo aziendale 2025