

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO 2025-2027

(Allegato _ alla delibera n. ____ del _____)

(ART. 6 D.L. 9 GIUGNO 2021 N.80)

Sommario

PREMESSA.....	4
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	10
2.1 Valore pubblico.....	10
2.2 Performance	13
2.2.1 Presentazione del Piano della Performance.....	13
2.2.2 Mandato istituzionale/mission/vision.....	14
2.2.3 L'analisi del contesto	15
2.2.4 Definizione degli obiettivi.....	16
2.2.4.1 Principi di base del Piano della Performance	16
2.2.4.2 Vigenza del Piano e integrazione con il ciclo di gestione della performance.....	16
2.2.4.3 L'Albero della <i>performance</i>	18
2.2.4.4 Gli obiettivi strategici prioritari	19
2.2.4.5 Gli obiettivi operativi	30
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	72
2.3.1 Premessa	73
2.3.2 Obiettivi e azioni del piano	74
2.3.3 Obiettivi strategici	75
2.3.4 I soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione ed i loro compiti	75
2.3.4.1 Il Direttore Generale.....	75
2.3.4.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità (RPCT)	76
2.3.4.3 Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità.....	76
2.3.4.4 I Dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto Socio-Sanitario, Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Unità Operativa Semplice	77
2.3.4.5 Il Collegio Sindacale	77
2.3.4.6 L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	77
2.3.4.7 UPD - Ufficio per i Procedimenti disciplinari	77
2.3.4.8 La UOC Formazione e Aggiornamento	78
2.3.4.9 I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.....	78

2.3.4.10	Gli Stakeholders.....	79
2.3.4.11	Nomine legate alle attività di prevenzione.....	79
2.3.5	Collegamento con il Piano delle Performance aziendali	80
2.3.6	Il processo di gestione del rischio di corruzione.....	81
2.3.6.1	L’analisi del contesto	81
2.3.6.1.1	Il contesto esterno	81
2.3.6.2	Le metodologie di misurazione della corruzione	82
2.3.6.2.1	Il contesto interno	88
2.3.6.2.2	La struttura organizzativa	89
2.3.6.3	La mappatura dei processi.....	89
2.3.6.4	La valutazione del rischio	91
2.3.6.5	Il trattamento del rischio.....	92
2.3.6.6	Monitoraggio e riesame	93
2.3.7	Le misure generali di prevenzione della corruzione.....	93
2.3.7.1	Il codice di comportamento	93
2.3.7.2	Le misure di disciplina del conflitto di interessi	94
2.3.7.3	Inconferibilità/Incompatibilità di incarichi	97
2.3.7.4	Formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici	97
2.3.7.5	Gli incarichi extraistituzionali	98
2.3.7.6	Divieti post-employment (Pantouflage)	99
2.3.8	La formazione nell’ambito del PTPCT.....	100
2.3.9	La rotazione ordinaria.....	101
2.3.10	La rotazione straordinaria	103
2.3.11	La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti	104
2.3.12	La segnalazione anonima.....	105
2.3.13	Consultazione e comunicazione	106
2.3.14	Percorso Attuativo di Certificabilità	106
2.3.15	Il programma triennale per la trasparenza ed integrità.....	107
2.3.16	Allegati del PTPCT.....	109
2.3.16.1	Allegato 1 – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione – Anno 2024.	109
2.3.16.2	Allegato 2 – Catalogo dei Processi a rischio – anno 2024.	118

2.3.16.3	Allegato 3 – Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2025 – 2027.....	130
2.3.17	Appendice - Le tipologie di accesso: documentale, civico semplice e civico generalizzato.....	198
3.	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	200
3.1	Struttura organizzativa	200
3.2	Organizzazione del lavoro agile	207
3.3	Piano Triennale dei fabbisogni di personale	207
3.4	Piano della Formazione del personale	209
3.5	Piano triennale per l’Informatica.....	214
3.6	Piano attività di educazione e promozione della salute.....	226
3.7	Piano di efficientamento energetico	227
4	MONITORAGGIO.....	235
4.1	Principi e ambiti.....	235
4.2	Customer satisfaction dei servizi aziendali.....	235
4.2.1	Criteri e modalità operative	235
4.2.2	Analisi metodologica	236
4.2.2.1	Strumenti e tecniche per la rilevazione della qualità percepita.....	237
4.2.2.2	La rilevazione della qualità percepita.....	237
4.2.2.3	Alcune specificità dell’ambito sanitario	237
4.2.3	Il Questionario	238
4.2.3.1	Criteri e modalità per la somministrazione dei questionari.....	238
4.2.3.2	Analisi ed elaborazione dati	240
4.2.4	Risultati.....	240
4.3	Piano di comunicazione.....	264

PREMESSA

Con il D.L. 80/2021 convertito in Legge n. 113 del 6.08.2021, si è introdotto all'art. 6 il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione** (da adesso in poi PIAO) per le Pubbliche Amministrazioni.

Obiettivo di tale innovativa norma è integrare in un unico documento i principali atti pianificatori/programmatori dell'Ente, tra cui rientrano:

- il Piano della Performance (PdP);
- il Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP);
- il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- il Piano Triennale per l'Informatica;
- il Piano di efficientamento energetico ai sensi della Nota circolare n. 2/2022 Dipartimento Funzione Pubblica;
- il Piano della Formazione del personale;
- il Piano di Comunicazione;
- il Piano delle Azioni positive (Lavoro smart/da remoto; Attività di Educazione e promozione della salute).

A seguito dell'istituzione del Piano, il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6.

In particolare, con il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022) sono stati individuati gli adempimenti relativi ai vari Piani assorbiti dal PIAO.

Con il successivo decreto del 30 giugno 2022 n. 132 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022) si è definito il contenuto del PIAO, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Con la Nota circolare n. 2/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sono poi state fornite indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), in particolare sull'utilizzo del Portale PIAO, sul relativo questionario informativo, sul ciclo di programmazione triennale, sulla materia dell'efficientamento energetico e degli strumenti incentivanti.

L'articolazione del presente documento risponde alle indicazioni fornite con il Decreto n. 132 del 30 giugno 2022, concernente il *Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*, ed è organizzato secondo gli schemi allegati al suddetto Decreto, nelle seguenti sezioni minime:

➤ SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

- Presentazione, Organigramma ed articolazioni dell'Azienda

➤ SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

- Sottosezione di programmazione 2.1 **Valore pubblico**

- Valore pubblico: in questa sottosezione sono definiti: 1) i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione; 2) le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; 3) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti; 4) gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo.
- **Sottosezione di programmazione 2.2 Performance**
 - Performance: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'amministrazione. Essa deve indicare, almeno: 1) gli obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia; 2) gli obiettivi di digitalizzazione; 3) gli obiettivi e gli strumenti individuati per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione; 4) gli obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.
- **Sottosezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**
 - Rischi corruttivi e trasparenza: la sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013. La sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA, contiene: 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013. 2. Per gli enti locali la sottosezione a) sul valore pubblico fa riferimento alle previsioni generali contenute nella Sezione strategica del documento unico di programmazione. L'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi; 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo; 3) la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico; 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati; 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa; 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure; 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

➤ SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- Sottosezione di programmazione 3.1 **Struttura organizzativa**
 - Struttura organizzativa: in questa sottosezione è illustrato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione e sono individuati gli interventi e le azioni necessarie programmate di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a);
- Sottosezione di programmazione 3.2 **Organizzazione del lavoro agile**
 - Organizzazione del lavoro agile: in questa sottosezione sono indicati, in coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'amministrazione. A tale fine, ciascun Piano deve prevedere: 1) che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudichi in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti; 2) la garanzia di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza; 3) l'adozione di ogni adempimento al fine di dotare l'amministrazione di una piattaforma digitale o di un cloud o, comunque, di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile; 4) l'adozione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove presente; 5) l'adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- Sottosezione di programmazione 3.3 **Piano triennale dei fabbisogni di personale**
 - Piano triennale dei fabbisogni di personale: indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e deve evidenziare: 1) la capacità assunzionale dell'amministrazione, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa; 2) la programmazione delle cessazioni dal servizio, effettuata sulla base della disciplina vigente, e la stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, operate sulla base della digitalizzazione dei processi, delle esternalizzazioni o internalizzazioni o dismissioni di servizi, attività o funzioni; 3) le strategie di copertura del fabbisogno, ove individuate; 4) le strategie di formazione del personale, evidenziando le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale; 5) le situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.

➤ SEZIONE 4. MONITORAGGIO

- La sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili. 2. Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è

effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno (P. IVA 04701800650) ha sede legale in Salerno, via Nizza n.146.

Essa è stata costituita, con personalità giuridica pubblica, con DGRC n. 505 del 20 marzo 2009 ed è dotata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con lo scopo di definire, sviluppare e governare l'attività svolta per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale e nazionale. Svolge le proprie funzioni in osservanza della legislazione statale e di quella regionale, nonché secondo i principi del proprio Atto Aziendale, i relativi atti programmatici e quelli regolamentari che ne disciplinano l'attività.

L'Azienda assume la ragione sociale di AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO.

Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali è il seguente:



Il sito web ufficiale dell'Azienda è: www.aslsalerno.it.

L'Azienda comprende l'intera area della provincia di Salerno, che si estende su una superficie di 4.917,17 Km². che rappresenta il 36,0% della superficie regionale, ripartita tra montagna interna, per il 29,0%, collina interna, per il 44,6%, collina litoranea, per il 14,8% e pianura per l'11,4% del territorio.

La popolazione residente è di 1.058.018 (fonte: ISTAT all'1 Gennaio 2025), che rappresenta il 18,9% della popolazione regionale. La densità media risulta pari a 215 abitanti per Km².

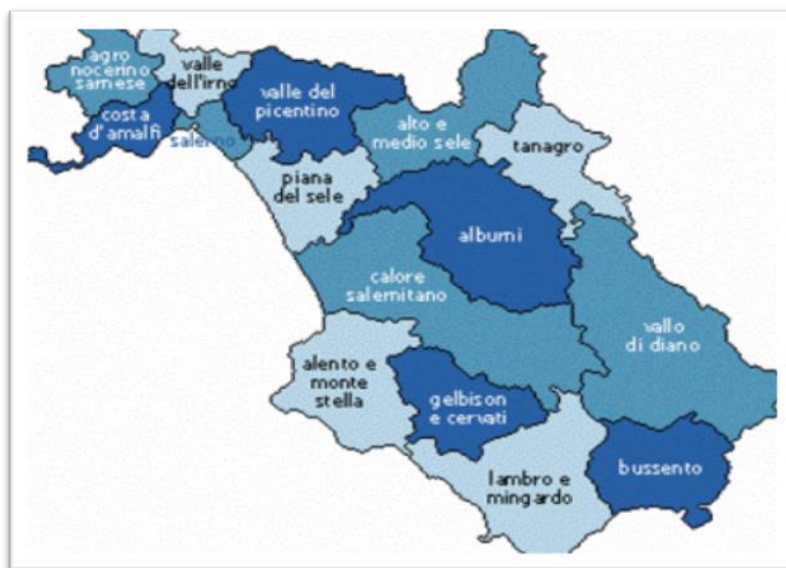
Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni:

- 19 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 61% del totale;
- 27 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 20%;
- 112 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 19% (al di sotto dei 5mila abitanti).

L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro Nocerino-Sarnese a Nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a Sud.

L'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano.

L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano.



L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, così come individuati nella L.R. n. 16 del 28.11.2008, nelle Delibere di Giunta Regionale n. 504 e 505 del 20.3.2009, nel DCA n. 33 del 17.5.2016 aggiornato con DCA n. 103/2018, con DCA n. 83/2019 e da ultimo con la Deliberazione GRC n. 682 del 13/12/2022 "Linee Guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23 Maggio 2022".

L'organizzazione dei servizi, inoltre, si struttura anche attraverso il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze e i Dipartimenti funzionali ospedalieri.

Il Distretto Sanitario è il punto focale per l'orientamento dell'assistenza verso la promozione attiva della salute e il rafforzamento delle risorse personali, familiari e sociali dell'individuo, lasciando all'Ospedale l'adozione del cosiddetto paradigma dell'attesa, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento acuto, consentendo all'Ospedale di perdere le attuali caratteristiche generaliste e diventare invece sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

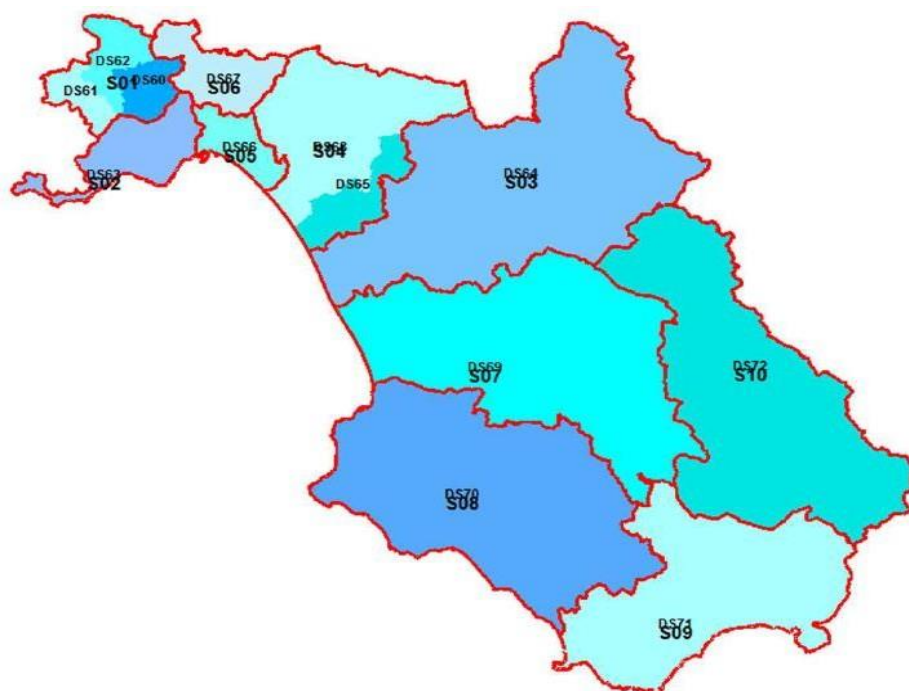
La necessaria ricerca dell'appropriatezza dell'ambito di cura impone che la rete di offerta dei servizi sia configurata quale insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio, con una modalità di produzione dell'offerta individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera, avulsa da elementi di divisione ma articolata su una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria, calibrata sul reale bisogno di salute.

Nell'ambito delle attività distrettuali, pertanto, si concretizzano anche i rapporti con gli Ambiti sociali individuati per lo stesso territorio, al fine di favorire le integrazioni delle prestazioni sociali ad alto contenuto sanitario, in una logica di interazione che porta ad individuare e soddisfare i bisogni dei cittadini anche nel campo delle valutazioni socio-sanitarie.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno è divisa in 13 Distretti Sanitari, cui fanno riferimento 10 Ambiti sociali definiti in ragione della necessaria integrazione socio-sanitaria, così articolati:

Distretti Sanitari ASL Salerno e Ambiti Sociali

Assistiti ASL Salerno (Statistiche per Fasce di età)							
Ambito Sociale	Distretto	Sede Distretto	Comuni	Fascia 0-14	Fascia 15-64	Fascia over 65	Totale
Ambito S 01_1	DS60	Nocera Inferiore	4	11.889	59.253	18.613	89.755
Ambito S 01_2	DS61	Angri-Scafati	4	13.293	58.771	16.003	88.067
Ambito S 01_3	DS62	Sarno-Pagani	4	29.002	128.766	34.533	192.298
Ambito S 02	DS63	Cava-Costa d'Amalfi	14	10.677	56.241	20.698	87.616
Ambito S 03 ex S5	DS64	Eboli	18	14.076	69.301	22.602	105.979
Ambito S 03 ex S8							
Ambito S 04	DS65	Battipaglia	3	9.429	45.660	14.275	69.364
	DS68	Giffoni Valle Piana	9	11.064	52.465	14.919	78.448
Ambito S 05	DS66	Salerno	2	2.558	13.688	5.568	21.814
Ambito S 06	DS67	Mercato San Severino	6	9.509	45.667	13.413	68.590
Ambito S 07	DS69	Capaccio-Roccamare	20	6.215	33.135	12.355	51.705
Ambito S 08	DS70	Vallo della Lucania	38	11.010	60.018	23.454	94.483
Ambito S 09	DS71	Sapri	18	4.669	25.789	11.266	41.724
Ambito S 10	DS72	Sala Consilina-Polla	18	8.075	43.738	16.362	68.175
TOTALE			158	141.465	692.492	224.061	1.058.018



2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

L' Azienda Sanitaria Locale Salerno è una azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro. È inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Campania, insieme alle altre Aziende Sanitarie Pubbliche, alla medicina convenzionata, agli erogatori privati accreditati, ed agisce in un'ottica di solidarietà e con autonomia, nel rispetto dei principi e delle linee di indirizzo regionali.

Si pone come garante della salute dei propri cittadini, attraverso la programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste della popolazione del territorio. A tal fine orienta la propria strategia prioritariamente a:

- promuovere la salute di individui, gruppi e comunità mediante la individuazione dei bisogni e dei processi di prevenzione, con attenzione alle disabilità e alla tutela integrale della qualità della vita;
- esercitare l'attività di programmazione e indirizzo fondamentale per l'ottimale erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- valorizzare le proprie risorse umane, mediante processi di formazione continua;
- favorire la partecipazione dei soggetti rappresentativi delle comunità, coinvolgendoli nel processo di promozione della salute. L'Azienda riconosce la funzione delle Organizzazioni Sociali Private, non aventi scopo di lucro, impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo, favorendo l'apporto delle proprie specifiche competenze.

L'Azienda sostiene "la causa della salute" con l'azione combinata di tutte le componenti della comunità, agendo sulle condizioni sociali, ambientali, culturali, ma anche sul rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno impatto sulla salute.

Le attività sanitarie dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Per quanto attiene alle funzioni della Direzione Strategica e dei dirigenti, l'Azienda attua il principio della separazione tra gli atti di programmazione e controllo e i conseguenti provvedimenti gestionali di attuazione, mediante lo strumento della delega.

Il Direttore Generale adotta gli atti di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda e provvede all'emanazione dei cd. "atti di alta amministrazione", coadiuvato in ciò dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che concorrono al governo dell'Azienda con la formulazione di proposte e di pareri.

Ai Dirigenti spettano i compiti generali di direzione del Servizio assegnato, del relativo personale e l'esercizio di specifica attività professionale con conseguente assunzione di responsabilità di risultato nell'esercizio delle attività aziendali. Le funzioni di direzione debbono essere svolte attraverso dinamiche e

metodologie basate sui concetti di autonomia, affidabilità, imparzialità e trasparenza, oltre che nell'osservanza di criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno, prevista nell'ambito del provvedimento di riassetto sanitario territoriale regionale approvato con L.R. n. 16 del 28.11.2008, è stata costituita con l'accorpamento delle precedenti disciolte Aziende Sanitarie Locali Salerno 1, Salerno 2, Salerno 3.

La decorrenza giuridica è determinata dalla data della DGRC n. 505/2009, ovvero dal 20 marzo 2009. La costituzione della nuova Azienda rientra, quindi, nel piano di riassetto della rete sanitaria, territoriale ed ospedaliera regionale, con l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, sia attraverso la rimodulazione delle attività territoriali, di prevenzione, cura e riabilitazione, sia attraverso un utilizzo più appropriato dei posti letto ospedalieri, con una riduzione delle attività considerate inappropriate e la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere secondo gli obiettivi del Piano ospedaliero regionale.

Particolare attenzione viene espressa per assicurare a tutti i cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Oltre agli obiettivi fissati periodicamente dalla Regione Campania, l'Azienda dà attuazione all'art. 32 della Costituzione, ponendo, come prioritari, interventi in materia di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, di assistenza distrettuale, di assistenza ospedaliera.

Nell'ambito dell'**Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro**, sono svolte le seguenti attività e prestazioni rivolte alla salute della popolazione:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività da rischi sanitari connessi agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la tutela della collettività e del singolo dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro;
- la sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmaco-vigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi, etc);
- la tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

L'**Assistenza distrettuale** comprende i servizi sanitari e socio-sanitari, l'assistenza farmaceutica, la specialistica e diagnostica ambulatoriale, la fornitura di protesi ai disabili, i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze, i servizi per la salute mentale, per la riabilitazione dei disabili, strutture semiresidenziali e residenziali, residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche.

L'**Assistenza ospedaliera** integra l'assistenza istituzionale con i programmi, gli obiettivi e gli interventi di salute previsti dai Piani Regionali Ospedalieri.

Particolare attenzione è data:

- alla integrazione dei servizi sanitari territoriali-ospedalieri, al fine di fornire percorsi di assistenza attraverso i quali il cittadino è accompagnato in ogni risposta ai suoi bisogni di salute;

- alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, con distinzione delle attività di ricovero e dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza da quelli per acuti, con conseguente riduzione dei tempi di ricovero;
- alla riduzione delle liste di attesa, sia per le attività diagnostiche che per quelle di cura e riabilitazione, con particolare riferimento agli interventi chirurgici per patologie tumorali;
- all'allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali.

L'Azienda cura l'integrazione dell'**Assistenza socio-sanitaria** con interventi sociali ad elevato impatto sanitario. Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del Servizio Sanitario Nazionale sono individuati in base al DPCM 14.2.2001 e al DPCM 29.11.2001.

È preposto al governo di tale funzione il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario, con attenzione alla distinzione tra le attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente locale e dei rapporti tra l'Azienda e i Comuni in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano.

L'Azienda, in sintesi, promuove i seguenti valori:

- a) centralità della persona ed uguaglianza di tutti i cittadini nel diritto a perseguire lo stato di salute;
- b) personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, realizzate attraverso il mantenimento di comportamenti attenti alle necessità ed alle specificità dell'individuo;
- c) imparzialità ed efficienza nell'erogazione del servizio;
- d) confronto con la comunità, le istituzioni, le associazioni di volontariato, come crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e realizzabile;
- e) introduzione dell'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico, sul quale sostenere i continui cambiamenti del settore sanitario-ospedaliero;
- f) qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative ed assistenziali in campo sanitario ed amministrativo e metodo di miglioramento costruito sulle esigenze dei pazienti e degli operatori;
- g) formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale verso la realizzazione di ospedali orientati al costante miglioramento dell'attività clinico-assistenziale ed allo sviluppo di forme di educazione sanitaria partecipata;
- h) corretta e preventiva gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente, come impegno attivo degli utenti e dei dipendenti, attraverso la valorizzazione delle esperienze e l'analisi delle condizioni organizzative.

2.2 Performance

2.2.1 Presentazione del Piano della Performance

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

Il Piano della *Performance*, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a) dello stesso Decreto:

1. è un documento programmatico triennale;
2. è adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
3. individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
4. definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

A fronte del presente Piano, entro il 30 giugno dell'anno successivo all'esercizio finanziario, l'Azienda adotta la Relazione sulla *performance*.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del Decreto), nel quale sono esplicitati in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* costituenti i fondamentali elementi su cui è basata, *ex post*, la misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance*.

Gli obiettivi definiti nel Piano sono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale e alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano configura una visione comune tra il vertice aziendale e il personale dipendente e rappresenta uno strumento di orientamento delle azioni e dei comportamenti sia dei dirigenti che del personale del comparto.

Costituisce, inoltre, la linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

Il presente Piano della Performance, accoglie gli elementi di sintesi della programmazione di base definiti con la Direttiva annuale della Direzione Strategica per l'esercizio 2025 rivolta all'intera

organizzazione aziendale, formulata attraverso gli obiettivi con cui viene assicurata la continuità della gestione in capo ai Centri di Responsabilità aziendali, per la più efficace ed efficiente offerta di servizi sanitari e socio-sanitari assistenziali.

La revisione annuale del Piano, da attuarsi nei tre anni di vigenza, è alla base del miglioramento continuo indispensabile per l'attuazione degli obiettivi dell'Azienda ASL Salerno e sarà oggetto di ulteriori modifiche e integrazioni in relazione alle aree di criticità che andranno di volta in volta a delinearsi.

La ratio sottesa agli obiettivi posti in essere è, *in primis*, rafforzare la rete di responsabilità incrociate e affermare un comune progetto aziendale, che coinvolga tutte le articolazioni organizzative e le componenti dell'Azienda, anche attraverso la comunicazione interna ed esterna, verso uno spirito identitario condiviso e a servizio di una comune percezione della pubblica utilità e della missione assistenziale.

2.2.2 Mandato istituzionale/mission/vision

Il mandato istituzionale della ASL Salerno si attua nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, dove opera per la tutela della salute degli individui e della collettività e concorre, in collaborazione con altri soggetti pubblici e privati, alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche e degli strumenti di comunicazione.

La ASL opera come azienda inserita nel contesto produttivo provinciale mantenendo le condizioni di sostenibilità economico-finanziaria, ed assume su di sé una più ampia responsabilità nei confronti del contesto allargato della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, favorisce la collaborazione con tutte le forze sociali del mondo dell'economia e del lavoro nonché con le istituzioni locali.

I principi sottesi agli obiettivi definiti nel Piano sono riferiti alle direttive, norme e linee di indirizzo emanate dalla Regione Campania con la Legge n. 16/2008 e s.m.i., alle decretazioni e deliberazioni costituenti la programmazione sanitaria regionale e sono altresì riferiti agli obiettivi assegnati al Direttore Generale della ASL Salerno nominato con la delibera della Giunta Regionale della Campania n. 322 del 21.06.2022 e D.P.G.R.C. n. 110 del 4.08.2022.

Principio cardine dell'azione tecnica e organizzativa dell'Azienda è la promozione di conoscenza e di autonomia e sviluppo della responsabilità individuale, al fine di consentire la libertà di scelta quale massima espressione della centralità dell'individuo.

Le decretazioni regionali campane per la programmazione della rete ospedaliera e della rete di assistenza territoriale rappresentano l'opportunità di determinare una riqualificazione dell'offerta, puntando sulle articolazioni maggiormente qualificate per gli aspetti strutturali ed organizzativi e su un nuovo modello operativo incentrato sull'integrazione funzionale delle strutture per la creazione di una rete di assistenza sanitaria e socio-sanitaria idonea alla presa in carico globale del paziente, e per il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza.

2.2.3 L'analisi del contesto

Il contesto in cui trova applicazione il presente Piano è in prevalenza contraddistinto dalle politiche regionali rivolte al recupero di efficienza e al risanamento economico-finanziario del sistema sanitario regionale, all'appropriatezza e congruità delle prestazioni e dei servizi erogati, in assolvimento degli obblighi di razionalizzazione e contenimento della spesa.

La programmazione regionale sottesa al presente Piano fa capo in primis al Decreto Commissariale n. 6 del 17.01.2020 *"Approvazione del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191. Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019"*, al Decreto CA n. 33 del 17.05.2016 e successivi aggiornamenti di cui ai DCA n. 8/2018 e n. 103/2018 *"Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015"*, al Decreto CA n. 83 del 31.10.2019 *"Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2019-2021"* come integrata dalla Deliberazione GRC n. 682 del 13 dicembre 2022, nonché tutti i provvedimenti emanati con le seguenti priorità d'intervento:

1. implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
2. riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
3. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
4. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale;
5. razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
6. razionalizzazione della spesa farmaceutica, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva;
7. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
8. adozione dei nuovi atti aziendali;
9. implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
10. definizione e programmazione degli investimenti per Interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
11. ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi.

Punti di forza:

- riqualificazione dell'offerta sanitaria ospedaliera e territoriale;
- miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera e territoriale;
- riequilibrio economico-finanziario;
- razionalizzazione della spesa per il personale;
- razionalizzazione della spesa per beni e servizi.

Punti di debolezza:

- eventuali resistenze al cambiamento;
- tempi di perfezionamento del sistema informativo integrato.

Opportunità:

- innovazione del sistema organizzativo e gestionale;
- rafforzamento dell'appropriatezza assistenziale;
- miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria;
- sviluppo di reti e percorsi assistenziali integrati.

Minacce:

- mancata condivisione dei processi di innovazione;
- carente comunicazione interna.

2.2.4 Definizione degli obiettivi

2.2.4.1 Principi di base del Piano della Performance

Il Piano della performance presuppone una realizzazione a cascata degli obiettivi dell'Azienda, con la definizione degli obiettivi strategici e l'assegnazione di obiettivi operativi alle Macrostrutture aziendali (Distretti Sanitari; Presidi Ospedalieri; Dipartimenti; Servizi amministrativi e Staff facenti capo all'Area centrale) e alle Unità Operative Complesse (UOC) ed Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), direttamente coinvolte nel conseguimento degli obiettivi di carattere generale, obiettivi specifici ed obiettivi tematici assegnati dalla Regione Campania al Direttore Generale della ASL Salerno all'atto di nomina (DGRC n. 322 del 21/06/2022 e DPG n. 110 del 04/08/2022).

Gli obiettivi strategici dell'Azienda vengono pertanto declinati operativamente da ciascuna Macrostruttura con il coinvolgimento delle rispettive Unità Operative.

Il Piano, attraverso "l'albero della Performance", esprime l'allineamento delle azioni e degli obiettivi operativi perseguiti nei vari ambiti assistenziali con gli obiettivi strategici generali dell'Azienda.

Ogni informazione relativa al Piano ed al ciclo di gestione della Performance è resa trasparente mediante la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale, ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs n. 150/2009.

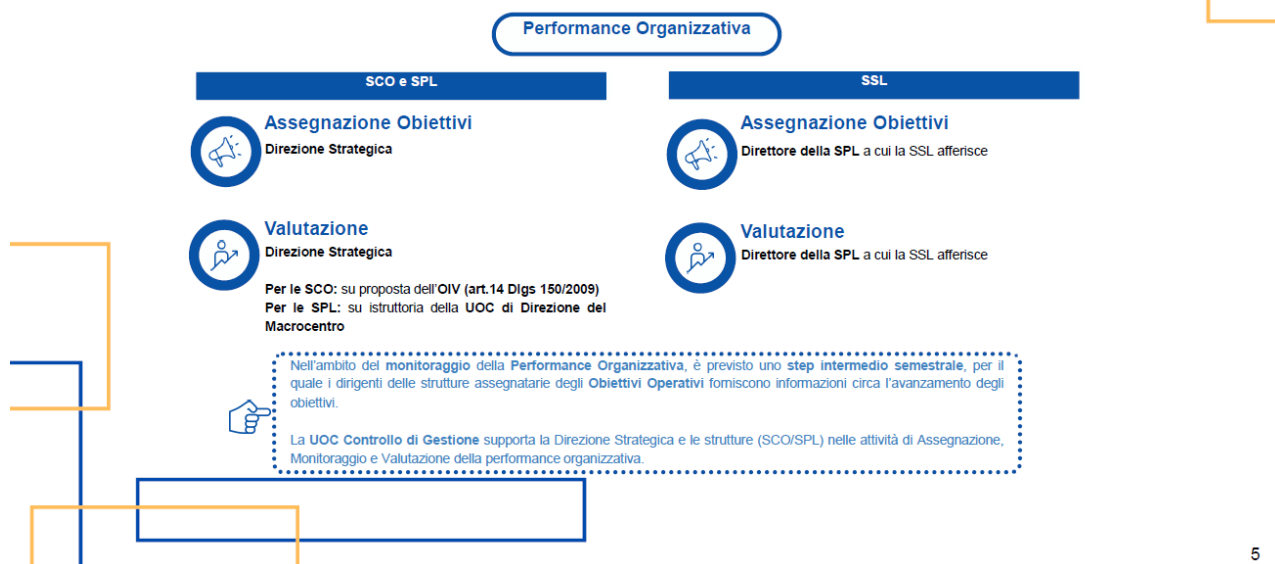
2.2.4.2 Vigenza del Piano e integrazione con il ciclo di gestione della performance

Il presente Piano ha validità triennale 2025-2027, secondo una logica scorrevole che riallinea annualmente gli obiettivi e i *target* nell'ambito del ciclo della performance di cui all'art.4 D.Lgs 150/2009.

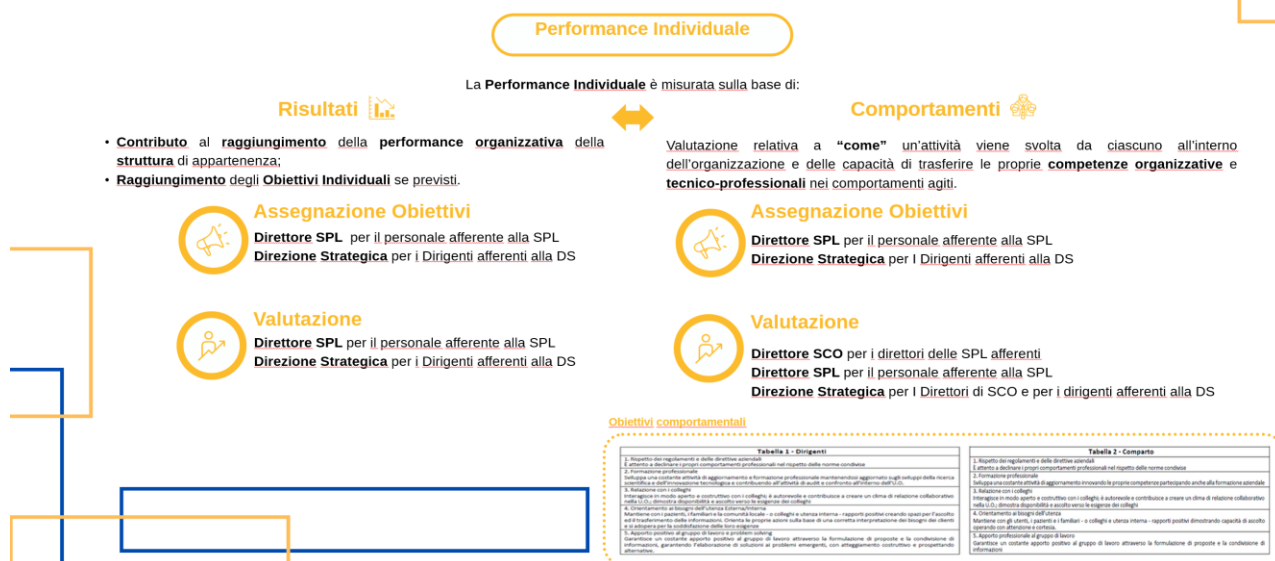
In tale arco temporale, costituiscono obiettivi prioritari, per tutte le Macrostrutture dell'Azienda, la sostenibilità economica dei servizi erogati rispetto alle risorse assegnate e la umanizzazione dell'assistenza.

Circa l'integrazione del Piano della Performance e del *Sistema di Misurazione e Valutazione*, l'Azienda si è orientata a partire dall'anno 2024 ad una rimodulazione del sistema, anche attraverso l'implementazione di una piattaforma software dedicata (*Gzoom Performance*), configurata in base all'articolazione organizzativa, in modo da gestire il ciclo della Performance definendo, con il supporto della UOC Programmazione Controllo di Gestione e Valutazione della Performance, i ruoli e le responsabilità nel processo di assegnazione e valutazione degli obiettivi (assegnati dalla Direzione Strategica direttamente alle UOC/UOSD) in aderenza al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) di cui all'art. 7 del D.lgs n. 150/2009 approvato con delibera n. 1129 del 10-07-2024 (sottostanti prospetti):

SMVP - Assegnazione e Valutazione della Performance



SMVP - Assegnazione e Valutazione della Performance



Attraverso la piattaforma GZOOM è assegnata ad ogni struttura una scheda obiettivi con la quale è possibile monitorare e valutare la performance attraverso indicatori e target preordinati per fasce (sottostante prospetto):

PERFORMANCE OPERATIVA > Consultazione > Interrogazione

01/01/2024 Ricerca

Scheda Struttura Primo Livello: U.O.C. GESTIONE DEGLI AFFARI GENERALI Stato: OO in Proposta

Obiettivo Operativo di struttura: Governo delle risorse. Rispetto del budget economico ass. Unità Responsabile: R103020101 - U.O.C. GESTIONE DEGLI AFFARI GENERALI

Obiettivo operativo | Storico stati | **Indicatori** | Nota di definizione | Indicatori di monitoraggio | Nota di monitoraggio | Nota di valutazione | Fonte Dato | Allegati

Indicatori	Commento	Descrizione	Unità Misura	Tipo Rilevazione	2024
Indicatore ordinamento decrescente quattro fasce - Punteggio 100-80-50-0	0% = 100; tra 0% e 10% = 80%	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	Vol. Decr.	Soglia Punteggio Inferiore	20,00
	tra 10% e 20% = 50%			Soglia Punteggio Intermedia	10,00
	tra 20% e 50% = 20%			Soglia Punteggio Superiore	0,00
	50% > 20% = 0%			Consuntivo	

Programmazione → Monitoraggio → Valutazione.

Il ciclo di gestione della performance viene pertanto articolato in ossequio all'art. 4 del D.Lgvo 150/2009, attraverso le seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. correlazione logica fra i livelli di performance strategica, organizzativa e individuali;
5. valutazione dei risultati;
6. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
7. rendicontazione dei risultati agli Stakeholder dell'Azienda Sanitaria.

2.2.4.3 L'Albero della performance

Gli obiettivi strategici che l'Azienda persegue sono qui delineati nella logica dell'albero della performance, connettendo gli obiettivi operativi individuati per ciascuna area assistenziale alle linee strategiche che l'Azienda elabora e definisce per il governo dei servizi sanitari nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale.

2.2.4.4 Gli obiettivi strategici prioritari

L'albero della performance:
OBIETTIVI STRATEGICI

Nell'ambito del mandato istituzionale attuato nel Sistema Sanitario Regionale ed in linea con la programmazione sanitaria regionale nonché con gli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 322 del 21.06.2022 all'atto di nomina del Direttore Generale della ASL Salerno, l'Azienda focalizza la performance 2025-2027 secondo linee strategiche orientate alla tutela della collettività e alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Il mandato istituzionale della ASL Salerno si attua nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, dove opera per la tutela della salute degli individui e della collettività e concorre alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche e degli strumenti di comunicazione.

In ordine alle determinazioni della citata deliberazione G.R.C. n. 322/2022 di nomina del Direttore Generale della ASL Salerno, questa Amministrazione deve garantire:

quali 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*;

quali obiettivi specifici: d) *garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia*; e) *rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie*; f) *continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi*; g) *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*;

quali ulteriori obiettivi tematici: h) *attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale*; i) *digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali*; j) *erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali*; k) *puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento*.

I suddetti obiettivi, con deliberazione n.1221 del 12/10/2022 ad oggetto "*Recepimento obiettivi DGRC n. 322 del 21.06.2022 e adeguamento della programmazione aziendale*", sono stati formalizzati in capo alle strutture aziendali rispettivamente competenti ed inseriti consequenzialmente nella programmazione aziendale.

- **Equilibrio economico-finanziario**

Obiettivo prioritario dell'Azienda è garantire l'equilibrio economico-finanziario dei costi e dei ricavi, prerequisito indispensabile al pieno assolvimento della propria *mission*, in continuità con i risultati dei pregressi esercizi.

Per il conseguimento di tale risultato l'Azienda ricorre a modalità gestionali su base budgetaria nei vari ambiti assistenziali e amministrativi, tra i quali ha particolare rilevanza la gestione delle risorse umane attraverso la budgetizzazione del lavoro straordinario per singola unità operativa, finalizzata al rispetto dei fondi contrattuali deliberati. Le parametrizzazioni di riferimento per tale modalità budgetaria, in accordo anche con le rappresentanze sindacali, sono desunte dalla metodologia per la definizione del fabbisogno di personale approvata dalla Giunta Regionale della Campania con deliberazione n. 190 del 19/04/2023.

Sempre nell'ambito delle risorse umane, analoga modalità budgetaria è attuata dall'Azienda a fronte delle annose carenze di personale medico, con l'assegnazione di quote orarie di prestazioni aggiuntive ex art. 89 CCNL Area sanità triennio 2019-2021, volte a garantire la continuità assistenziale e l'erogazione dei LEA negli ambiti maggiormente esposti, come quello dell'Emergenza e Reti tempo-dipendenti.

Nell'ambito della spesa per consumi di beni sanitari, la previsione del bilancio 2025 è definita sulla base del fabbisogno programmato con il c.d. Piano dei fabbisogni So.Re.Sa. approvato con delibera n. **1439** del 24/09/2024. Con tale Piano l'Azienda, a valle di uno specifico *audit* rivolto ai Macrocentri gestori del budget finalizzato ad individuare le effettive necessità assistenziali della domanda espressa e potenziale, definisce annualmente il piano di acquisti di beni e servizi ai sensi del Decreto Commissariale n. 58/2011, da trasmettere a So.Re.Sa. entro il 30 settembre di ogni anno, in aderenza a quanto disposto con legge di stabilità 28 dicembre 2015 n. 208. Il Bilancio di previsione 2025 garantisce la copertura finanziaria di tale fabbisogno, nel rispetto delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa previste da normative e atti di indirizzo regionali finalizzate a contenere, attraverso un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici, il tendenziale incremento della spesa legato a motivazioni ampiamente condivise a livello regionale e nazionale nell'analisi del contesto, tra cui fanno spicco: l'incremento del bisogno di salute; l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita; l'immissione sul mercato di tecnologie innovative e ad alto costo, fra cui sono compresi anche i farmaci.

Nell'ambito delle norme di settore è da declinare, in particolare, il contenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti antibiotici classe ATC J01, come previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia indicatore D14C. Sono altresì obiettivi primari le misure relative all'assistenza farmaceutica convenzionata e all'individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, in attuazione del Decreto Dirigenziale regionale della Campania n. 179/2023, per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.

Nell'ambito della spesa per l'utilizzo delle fonti di energia, sono pianificate azioni di efficientamento energetico dalla preposta UOC Attività Tecniche e Patrimoniali ai sensi della Circolare n. 2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica, esposte in specifico Piano nell'apposita sezione.

- **Procedure di reclutamento**

L'obiettivo programmatico riferito alle dotazioni organiche nei vari profili dirigenziali e di comparto dell'Azienda è da ricondursi al Piano di fabbisogno del personale del triennio 2023-2025 approvato con delibera n. 1203 del 29/07/2024 e successivamente modificato con delibere n. 1566 del 16/10/2024 e n. 1635 del 25/10/2024. Tale Piano ha come riferimenti parametrici i criteri di determinazione del fabbisogno di cui alla deliberazione GRC n. 190 del 19/04/2023. L'analisi parametrica riferita a tale norma è stata effettuata da parte di un gruppo di lavoro aziendale appositamente costituito, consentendo la formulazione del fabbisogno di personale per tutti i profili professionali e per tutte le strutture dell'Azienda, poi sottoposto al vaglio della UOC Gestione Risorse Umane per la conseguenziale armonizzazione con la capacità assunzionale effettiva consentita secondo le vigenti norme.

A valle della procedura sopra illustrata, il risultante quadro assunzionale del triennio 2023-2025 è compendiato nel sottostante prospetto, le cui risultanze evidenziano e confermano appieno quanto rappresentato in premessa circa il notevole margine di carenza organica che rimane ancora da coprire ponendo in atto un ulteriore sforzo, al pari di quanto fin qui profuso da parte di questa Direzione Strategica, per il completamento delle dotazioni dirigenziali e di comparto.

Tab. A AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 *	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA
RUOLO SANITARIO	5.114	7.362	78	2.248	883
Dirigenti Medici	1.372	2.659	24	1.287	409
Dirigenti Sanitari non medici	153	230	12	77	65
Personale del comparto area sanitaria	3.589	4.473	42	884	409
di cui personale infermieristico	2.905	3.675	42	770	316
RUOLO SOCIO-SANITARIO	779	1.095	19	316	279
Personale del comparto area socio sanitaria	779	1.095	19	316	279
di cui OSS	694	980	15	286	255

<i>di cui Assistenti sociali</i>	85	115	4	30	24
RUOLO TECNICO	338	458		120	85
Dirigenti	19	50		31	10
Personale del comparto area tecnica	319	408		89	75
RUOLO PROFESSIONALE	24	35	-	11	6
Dirigenti	24	30	-	6	6
Personale del comparto area professionale	-	5	-	5	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	710	948	6	238	226
Dirigenti	31	40	1	9	9
Personale del comparto area amministrativo	679	908	5	229	217
TOTALE	6.965	9.898	103	2.933	1.479

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22

Al fine di pervenire ad una dotazione organica adeguata alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, con l'esercizio 2025 l'Azienda mira a dare completa esecuzione alle procedure di reclutamento di cui al suesposto piano di fabbisogni, formulato nel rispetto dei principi generali stabiliti con le *Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale delle Amministrazioni pubbliche* definite con il Decreto Ministeriale 8/05/2018, in attuazione degli artt.6 e 6-ter del D.Lgs. 165/2001 come novellati dall'art. 4 del D.Lgs. 75/2017, e precisamente:

- la programmazione dell'attività dell'Azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivante da vincoli nazionali e regionali, costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario nazionale;
- i predetti piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP) devono essere compatibili con il contenimento del costo del personale in linea con le indicazioni Nazionali e Regionali vigenti;
- i PTFP devono essere definiti a valle e in coerenza con gli atti aziendali di cui all'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e con l'attività programmatica dell'azienda complessivamente intesa, devono tener conto dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione realizzati attraverso le nuove tecnologie, garantire una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN, redatti nel rispetto della legislazione vigente in

materia di contenimento del costo del personale, coerenti con il ciclo della performance oltre che con i principi generali di legalità e con la disciplina in materia di anticorruzione.

Circa le indicazioni di cui alla circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto “*Indicazioni applicative del ricorso al trattamento in servizio di cui all’art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024 n. 207*”, pubblicata sul sito istituzionale Funzione Pubblica il 20/01/2025, l’Azienda provvederà nel corso dell’esercizio a valutare la sussistenza delle esigenze funzionali non diversamente assolvibili in base alle quali è possibile individuare il personale dirigente e non dirigente a cui chiedere la disponibilità per il trattenimento in servizio. In applicazione della successiva Direttiva del 20/01/2025 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione con le *Indicazioni Applicative* per il ricorso al trattenimento in servizio in parola, l’Azienda subordinerà il limite massimo del 10% indicato dalla norma al fabbisogno numerico evidenziato nel redigendo Piano Triennale del Fabbisogno 2024-2026.

- **Piano Investimenti e implementazione del PNRR**

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

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

Gli investimenti programmati configurano un impegno economico complessivo sul Bilancio di Previsione 2025 pari ad **euro 41.700.406,98** (sottostante tab. 1).

Tab. 1 Investimenti anno 2025 (finanziamento da bilancio aziendale)	
a. Manutenzione straordinaria immobili e impianti	19.041.416,00

b. Acquisti attrezzature sanitarie	13.043.406,00
c. Acquisti di strumentario chirurgico	1.902.502,66
d. Acquisto strumentazione IDV	2.892.651,32
e. Nuove Centrali telefoniche e aggiornamento reti locali	367.000
f. Acquisti di mobili e arredi e macchine elettroniche	1.904.500,00
g. Ausili per la mobilità personale (carrozzelle, etc.)	1.461.931
h. Diritti di brevetto - Software	1.087.000
Totale investimenti (finanziamento: Bilancio aziendale)	41.700.406,98

Tale piano di investimenti avrà realizzazione secondo le tempistiche tecniche delle procedure e le correlate dinamiche contabili.

Ulteriori interventi altresì coperti da altre fonti di finanziamento - che quindi non hanno impatto sui costi iscritti al bilancio di previsione 2025 - sono configurati sia nell'ambito degli adeguamenti strutturali (art. 20 L. 67/88; PNRR; Finanziamenti CIPE, etc.) che in quello delle acquisizioni di attrezzature sanitarie e elettromedicali (DCA 134/2016), come di seguito compendiate (sottostante tab. 2):

Tab. 2 Investimenti anno 2025 da altre fonti di finanziamento	
i. Lavori di riqualificazione, adeguamenti funzionali ed impiantistici, nuove opere (finanziamento: art. 20 L. 67/88)	25.900.000
l. Lavori diversi finanziamento fondi regionali	996.176
m. Interventi di cui alla Delega regionale nell'ambito del PNRR Missione 6 Salute ambiti C1 e C2 (Case e Ospedali di Comunità - Centrali operative territoriali - Adeguamenti sismici)	26.871.446
n. Lavori DIVERSI finanziamento FS	1.074.435
o. Lavori adeguamento strutture fondi superamento OPG	600.000
p. Lavori adeguamento strutture finanziamento POR-FESR	549.910
q. Ammodernamento parco digitale e tecnologico ospedaliero(Digitalizzazione DEA) in ottemperanza a misura PNRR (finanziamento: PNRR - M6.C2 - 1.1.1)	21.409.000
r. Progettualità PNRR M1 C1 - 1.1 - 1.2 Migrazione al Polo Strategico Nazionale	1.200.000
s. Lavori adeguamento strutture finanziamento PNC	219.763
t. Acquisizione attrezzature per ammodernamento parco digitale e tecnologico ospedaliero(Grandi Apparecchiature Sanitarie) in ottemperanza a misura PNRR (finanziamento: PNRR - M6.C2 - 1.1.2)	13.100.000
u. Ammodernamento tecnologico ambulatori distrettuali (DCA 134/2016)	3.270.212
Totale investimenti da altre fonti di finanziamento	95.190.942

La rilevante portata degli investimenti previsti attraverso i finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si riconnette ai riferimenti programmatici strategici come sopra evidenziati circa i modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale definiti dal DM Salute del 23 maggio 2022 n. 77, norma che ha tratteggiato una innovativa concezione della rete di assistenza territoriale, volta al conseguimento di

standard qualitativi di cura adeguati e in linea con i migliori sistemi sanitari europei, dove il SSN sia parte di un più ampio assetto del *welfare* comunitario basato su una visione cosiddetta olistica.

A tale indirizzo normativo, infatti, sono conformate le attività avviate nei pregressi esercizi 2023 e 2024 che saranno proseguite nel 2025 nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finalizzate alla realizzazione delle strutture indispensabili alla concreta attuazione del richiamato DM 77/2022, che per la ASL Salerno constano di 54 interventi come di seguito distinti:

- n. 33 Case della Comunità;
- n. 13 Centrali operative territoriali;
- n. 8 Ospedali di Comunità.

Lo stato di avanzamento di tale programmazione rientrante nella misura M6 C1 del PNRR, segue le disposizioni impartite dalla Regione Campania, nel cui ambito la ASL Salerno ha iscritto cospicue risorse nel Piano Investimenti per gli esercizi 2025 e 2026 allegato al Bilancio di Previsione approvato con delibera n. 1995 del 21/12/2024, rispettivamente per circa *26,871 milioni* e *98,936 milioni*, finalizzate a proseguire gli interventi previsti in continuità con quanto già realizzato nel corso degli anni 2023 e 2024. Tra le strutture già realizzate, infatti, sono da annoverare le 13 Centrali Operative Territoriali (COT), nell'ambito della misura PNRR M6.C2 - 1.1.2 *Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento:M6C2 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali*, strutture della cui realizzazione e allestimento ed entrata in funzione l'Azienda ha preso atto con delibera n. 1456 del 27/09/2024, al cui interno si svolgeranno le funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

E' altresì da annoverare la realizzazione e l'entrata in funzione dell'Ospedale di Comunità di Roccadaspide con n. 20 posti letto, struttura già codificata nella piattaforma NSIS del Ministero della Salute e nella piattaforma SINFONIA della Regione Campania, nella quale viene confluita una tipologia di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Nell'ambito della misura PNRR M6.C2 - 1.1.2, inoltre, è programmato anche un ammodernamento del parco digitale e tecnologico ospedaliero rivolto alle grandi apparecchiature sanitarie, per la cui realizzazione è previsto un investimento per l'esercizio 2025 di circa *13,100 milioni* (tab. 2).

- **Monitoraggio per la corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili**

La Sezione regionale di controllo per la Campania nella camera di consiglio del 17 novembre 2022, esaminando la pregressa gestione fino al 2021, ha formulato rilievi attinenti ad alcune procedure amministrativo-contabili, con cui si invita l'Azienda al rafforzamento dei controlli interni.

Ed ancora per effetto della Delibera di Giunta Regionale n. 607 del 14.11.2024 relativa a “Approvazione del *Bilancio Consuntivo Anno 2023 dell’ASL Salerno ai sensi dell’art. 32 comma 7 D.Lgs. 118/2011*” questa Azienda è tenuta a garantire le misure correttive già adottate finalizzate al superamento delle criticità evidenziate dalla Corte dei Conti nella Delibera n. 109/2022.

In proposito, in un’ottica programmatica di miglioramento, l’Azienda proseguirà nell’anno 2025 le azioni avviate già sul finire del 2022 per effetto del subentro della nuova Direzione, attività proseguite nel corso dei pregressi esercizi 2023 e 2024, necessarie a monitorare le criticità segnalate dalla Corte per il passato, articolate nei seguenti ambiti:

- A. rafforzamento della circolarizzazione dei rapporti di credito e debito (sia verso soggetti privati che pubblici), al fine di pervenire ad una adeguata attendibilità dei dati iscritti al bilancio;
- B. monitorare i costi e ricavi della specifica gestione dell’attività libero-professionale intramoenia.
- C. limitare il ricorso all’istituto della proroga;
- D. contenimento degli oneri accessori per il personale compatibilmente con i nuovi reclutamenti;
- E. completare la ricognizione e gestione del patrimonio immobiliare.

Nelle suesposte attività, le competenti Funzioni Amministrative centrali provvedono a relazionare periodicamente – come richiesto nella DGRC 607/2024 - alla Direzione Strategica e al Collegio, al fine di evidenziare le azioni messe in atto nella gestione.

• **Attuazione del nuovo Atto Aziendale**

Con l’attuale Direzione Strategica, è stato adottato il nuovo atto aziendale approvato con DGRC 461 del 12/09/2024, che prevede una nuova programmazione dell’assistenza territoriale (in ottemperanza a quanto disposto dal DM 77/2022), attraverso la realizzazione di nuovi luoghi di cura:

- Case della comunità hub e/o spoke (ad oggi istituite presso il Distretto Sanitario 69 di Capaccio e il Distretto Sanitario 70 di Vallo della Lucania);
- Ospedali di comunità;
- Centrali Operativa Territoriale (COT).

Sulla base delle indicazioni regionali concernenti l’adozione dell’Atto Aziendale, l’assetto organizzativo dell’Azienda è riformulato in conformità a quanto disposto in merito alla programmazione regionale rispettivamente, per l’ambito territoriale con il DCA n. 83 del 31.10.2019 e per l’ambito ospedaliero con il DCA n. 103 del 28.12.2018.

In particolare, la rete dell’assistenza territoriale viene definita in base al richiamato DCA 83/2019 come integrata e modificata dalle Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, allegato n. 1, approvate con Delibera GRC n. 682 del 13 dicembre 2022. In ambito ospedaliero, invece, in ordine al richiamato DCA 103/2018 viene tenuto conto dei sottoelencati elementi:

- a. Classificazione dei presidi inseriti nella rete ospedaliera definita in relazione al bacino di utenza;

- b. Reti assistenziali disegnate per la completa e tempestiva presa in carico dei pazienti;
- c. Numero di posti letto per singola disciplina attribuito a ciascun presidio ospedaliero;
- d. Numero di unità operative programmabili nel rispetto della normativa nazionale e regionale riferita agli standard di cui al DM 70/2015 e ai parametri del Comitato LEA articolati nel DCA n. 18/2013.

- **Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA**

E' obiettivo cardine del triennio 2025-2027 garantire al massimo livello possibile il diritto dei cittadini alla salute. Per tale finalità, sono prioritariamente focalizzati gli obiettivi assistenziali assegnati con la Delibera G.R.C. n. 322 del 21/06/2022 nell'ambito dei LEA, monitorati attraverso il sottoinsieme dei 22 indicatori definiti *CORE* del Nuovo Sistema di Garanzia, i cui indicatori e *target* sono illustrati per ciascuna annualità 2025-2027 all'interno dei rispettivi ambiti dipartimentale-distrettuale-ospedaliero.

Sono altresì rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali anche tutte le attività progettuali programmate attraverso l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'art. 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, relative alle linee prioritarie del Piano Sanitario Nazionale individuate dall'accordo del 4 agosto 2021 Rep. Atti 150/CSR - FSN 2021, come approvate con Deliberazione G.R.C. n. 11 del 17/01/2023 nelle seguenti aree tematiche:

- ✓ Linea Progettuale 1 - *PDTA Pazienti cronici: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi cronicità anche in relazione all'emergenza Covid-19;*
- ✓ Linea Progettuale 2 - *Equità in ambito sanitario: Promozione dell'equità in ambito sanitario;*
- ✓ Linea Progettuale 3 - *Cure palliative e terapia del dolore: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;*
- ✓ Linea Progettuale 4 - *Piano della Prevenzione: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al piano nazionale prevenzione;*
- ✓ Linea Progettuale 5 - *Tecnologia sanitaria: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.*

Per il personale della Dirigenza, pertanto, agli obiettivi del Piano della Performance sono aggiunti gli obiettivi previsti dalle suddette linee progettuali finanziate con fondi a destinazione vincolata, i cui progetti esecutivi sono attuati in conformità all'apposito Regolamento approvato con delibera n. 1839 del 29/12/2023.

- **Garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico**

La garanzia di una buona qualità dell'assistenza è una delle maggiori sfide che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare, in considerazione delle crescenti aspettative dei cittadini che richiedono sempre più elevati livelli di assistenza e sicurezza.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle funzioni di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale e tutela della salute umana, ha sviluppato un sistema di allerta (Raccomandazioni) per quelle condizioni cliniche ed

assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcune procedure potenzialmente pericolose, fornendo strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema.

L'Azienda ha operato già a partire dall'anno 2015 con provvedimenti volti ad implementare le raccomandazioni ministeriali, anche grazie ad una specifica Struttura aziendale, la UOC Risk Management: Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico, che ne cura direttamente l'evoluzione.

Tale Unità Operativa Complessa, istituita con l'Atto Aziendale dell'ASL Salerno approvato con DGRC 461 del 12/09/2024, pubblicato sul BURC n. 65 del 19.09.2024, è competente per l'adozione delle azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie.

L'Azienda ha provveduto a somministrare specifici corsi formativi ai referenti rischio clinico, individuati nei Presidi ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nel Dipartimento Salute Mentale, sulle più avanzate tecniche e metodiche proattive e reattive del rischio clinico (*audit* clinici organizzativi, valutazione preventiva dei rischi-FMEA, analisi delle cause profonde degli errori-RCA), gestite integralmente con l'ausilio del sistema informatico dedicato alla gestione del rischio clinico.

Allo stato attuale, tutti gli operatori sanitari della ASL di Salerno possono accedere al sistema informatico aziendale che fornisce gli strumenti per migliorare la sicurezza dei pazienti e la sicurezza delle cure.

Per le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono stati ricostituiti i CIO Presidiali (Comitati Infezioni Ospedaliere), coordinati dal CIO Aziendale, e sono stati individuati gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura e l'implementazione delle procedure Aziendali per le attività di sorveglianza delle ICA.

L'ASL Salerno partecipa ai Sistemi di Sorveglianza attivati dalla Regione Campania per le infezioni correlate all'assistenza e per le antibiotico-resistenze, i cui dati confluiscono nella piattaforma Regionale Icaro Web:

1. Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (protocollo CCM del 2011);
2. Sorveglianza delle antibiotico-resistenze;
3. Studio di Prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli Ospedali per acuti.

La competente *UOC Risk Management - Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico* accoglie, elabora ed analizza i dati relativi alle segnalazioni di *near miss*, eventi avversi, eventi sentinella, violenza su operatore.

Partecipa, inoltre ai Tavoli Tecnici Regionali per le attività del Rischio Clinico e per la Sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Raccoglie, elabora e trasmette alla Regione i dati per gli *Adempimenti LEA Rischio Clinico* relativi all'implementazione e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali, all'adozione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria e *check list* ed alla prevenzione e gestione delle cadute nelle Strutture Sanitarie.

Rileva, elabora e trasmette al Ministero della Salute le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), in ottemperanza a quanto previsto dal D.M.11/12/2009 che istituisce il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).

Predisporre audit e azioni di miglioramento a seguito di segnalazioni di eventi avversi ed eventi sentinella curando, per questi ultimi, la trasmissione alla Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale e al Ministero della Salute.

Attività da realizzare a partire dal 2025 nell'ambito della sicurezza delle cure:

- elaborazione del Piano Annuale del Risk Management, così come previsto dal Decreto Dirigenziale della Regione Campania n.99 del 16/12/2022;
- formazione e addestramento di tutti gli operatori sanitari all'utilizzo del software per le segnalazioni degli eventi avversi e la gestione documentale;
- attività di gestione del rischio clinico ed implementazione delle relative azioni di miglioramento, a seguito delle criticità emerse nell'ambito della "fotografia del rischio" realizzata nel 2023, attraverso somministrazioni di check-list specifiche per tipologia di Unità Operativa;
- individuazione, formazione e addestramento di una rete di facilitatori allo scopo di diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- sviluppo di un piano aziendale di gestione del percorso del paziente chirurgico programmato.

- **Garantire il rispetto delle liste d'attesa**

Nell'ambito del Piano Aziendale di Gestione delle Liste d'Attesa l'Azienda pone i seguenti obiettivi in coerenza con le relative linee di intervento del programma attuativo:

1. Rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio;
2. possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana;
3. utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
4. realizzazione della "*presa in carico*" del paziente cronico secondo protocolli di follow-up che completano la responsabilità della struttura che ha "*in carico il paziente*", anche di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
5. vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.

- **Attuare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)**

Gli obiettivi strategici che l'Azienda intende perseguire nell'ambito del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, come riportato nell'apposita sezione, che viene approvato con l'atto di adozione del presente PIAO, sono:

1. Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza, con l'aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2025-2027;
2. Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con il monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

2.2.4.5 Gli obiettivi operativi

L'albero della performance:
OBIETTIVI OPERATIVI

L'Azienda focalizza gli obiettivi operativi della *performance* 2025 in conformità alla programmazione sanitaria regionale definita attraverso i Decreti commissariali e i provvedimenti della Giunta Regionale della Campania nonché agli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 322 del 21.06.2022, nei seguenti punti:

- a. Perseguire l'equilibrio economico-finanziario, in continuità con i positivi risultati conseguiti nei pregressi esercizi;
- b. garantire il diritto alla salute in base ai *target* ed obiettivi LEA assegnati;
- c. portare a compimento le procedure di reclutamento del personale in base alle vigenti norme e alle autorizzazioni ricevute dagli Organi regionali;
- d. predisporre azioni di edilizia sanitaria e ammodernamento delle attrezzature biomedicali, come previsti con il Piano investimenti 2025-2027 approvato con delibera n. 1995 del 21/12/2024 *Bilancio di Previsione 2025 - Adozione*;
- e. ottimizzare i flussi informativi in tutti gli ambiti di attività dell'Azienda ed in particolare di quelli correlati al monitoraggio dei LEA, in particolare degli indicatori *core* di cui al Nuovo Sistema di Garanzia;
- f. migliorare l'appropriatezza delle prestazioni nelle sue varie declinazioni, dai ricoveri ai tagli cesarei, all'attività prescrittiva di farmaci e prestazioni ambulatoriali;
- g. garantire l'attuazione e il monitoraggio del programma triennale della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione e migliorare la comunicazione e la partecipazione degli utenti;

- h. strutturare il rapporto con i fornitori accreditati e le attività periodiche di monitoraggio e controllo;
- i. garantire i tempi di pagamento normati;
- j. riqualificare la rete di emergenza-urgenza;
- k. garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- l. garantire il rispetto delle liste d'attesa nonché la massima trasparenza e diffusione delle relative informazioni.

Sono altresì rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali assegnati anche tutte le attività progettuali programmate attraverso l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'art. 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, relative alle linee prioritarie del Piano Sanitario Nazionale individuate dall'accordo del 4 agosto 2021 Rep. Atti 150/CSR - FSN 2021, come approvate con Deliberazione G.R.C. n. 11 del 17/01/2023.

Gli obiettivi operativi sono declinati per ciascuna area assistenziale con i sottostanti prospetti:

❖ AREA P - PREVENZIONE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA D - DISTRETTUALE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA O - OSPEDALIERA-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA PS - PROFESSIONI SANITARIE	(Obiettivi Sanitari)
❖ AREA SM - SALUTE MENTALE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA DP - DIPENDENZE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA DT - DIPART. TERRITORIALE	(Obiettivi sanitari/gestionali)
❖ AREA S - SUPPORTO-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA S - SUPPORTO-A	(Obiettivi amministrativi)
❖ AREA MC - MACROCENTRI	(Obiettivi gestionali assegnati a tutti i Macrocentri e Funzioni Centrali)

Nell'ambito delle suesposte aree assistenziali, gli obiettivi specifici assegnati per l'anno 2025 alle Unità Operative Complesse (UOC) e alle Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD) sono definiti in continuità con quelli assegnati per l'anno 2024, come riportati nelle schede in appendice al presente PIAO (*Appendice Obiettivi operativi 2025 UOC/UOSD*), che con il presente atto si approvano quale premessa al percorso di valutazione organizzativa e individuale della performance riferita a ciascuna struttura.

Gli aggiornamenti eventuali delle *Schede Obiettivi 2025* necessari a seguito dei mutamenti anagrafici e di organigramma conseguenti all'adozione del nuovo Atto Aziendale approvato con deliberazione GRC n. 461 del 12/09/2024, nonché per effetto dei consequenziali avvicendamenti degli incarichi di responsabilità, avverranno direttamente sulla piattaforma software (denominata Gzoom) per la gestione digitalizzata del ciclo della performance acquisita dall'Azienda con atto deliberativo n. 93 del 24/01/2024. Ciò, al fine di garantire un efficientamento delle attività di valutazione della performance.

Gli obiettivi declinati in ciascuna area assistenziale con i sottostanti prospetti sono invece di tipo istituzionale e rappresentano la performance che l'Azienda "promette" come forma di impegno nei confronti degli stakeholder. Vanno quindi perseguiti istituzionalmente e relazionati a consuntivo.

❖ AREA P - PREVENZIONE-S (Obiettivi sanitari)

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2022	Valore Anno 2023	Target		
							2025	2026	2027
1. P_S Nuovo Sistema di garanzia P01C	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni		Copertura vaccinale coorti 2016-2017	95,05%	96,26%	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
2. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P02C	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%		Copertura vaccinale coorti 2016-2017	93,59%	96,05%	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
3. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P15Ca	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per <u>cervice uterina</u>	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15a - cervice uterina	La popolazione bersaglio del programma è: a) per cervice uterina popolazione femminile di età 25-64 ogni tre anni.	P15Ca: Persone in età target che eseguono il test di screening per il cervicocarcinoma / [residenti eleggibili (25-64) / 3] *100. Valore soglia 35.	25,20%	26,00%	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
4. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P15Cb	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per <u>mammella</u>	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15b -mammella;	La popolazione bersaglio del programma è: b) per mammella popolazione femminile di età 50-69 ogni due anni.	P15Cb: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma della mammella / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore soglia 25.	27,72%	30,00%	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%

5. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P15Cc	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per <u>colon</u> <u>retto</u>	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15c -colon retto	La popolazione bersaglio del programma è: c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età 50-69 anni ogni 2 anni.	P15Cc: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma del colon retto / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore soglia 35%. Valore soglia 25.	16,09%	15,00%	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
6. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P10Z	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Fonte dati piattaforma VETINFO SOGLIE INACCETTABILITA' • aziende bovine controllate per anagrafe: 90% • aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% • capi ovicapri controllati per anagrafe: 90% • aziende suine controllate per anagrafe: 90% • aziende equine controllate per anagrafe: 60% • allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% • esecuzione del PNAA: 90% • controlli di farmacosorveglianza veterinaria: nessuna	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamenti apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,3) + (% controlli farmacovigilanza veterinaria8 x 0,3	90,59%	87,88%	Valore soglia 70	Valore soglia 70	Valore soglia 70

7. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P12Z	Controlli sui contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	Fonte: • 1 NSIS - PNR • 2 Numeratore: NSIS – Nuovo Sistema Alimenti – Pesticidi, “download file dati EFSA”. Denominatore: DM 23/12/1992 tabelle 1 e 2. • 3 NSIS – alimenti: flusso vigilanza SOGLIE INACCETTABILITA' • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90%	$\% = (\% \text{ di copertura del PNR1} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari} \times 0,2)$	91,34%	97,70%	Valore $\geq 80\%$ = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0	Valore $\geq 80\%$ = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0	Valore $\geq 80\%$ = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
8. P_S DGRC 322/2022	Prevenzione nei luoghi di lavoro	Controlli sulle Unità locali		N° Unità locali controllate/N° unità locali totali da controllare *100			Valore $\geq 5\%$ = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0	Valore $\geq 5\%$ = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0	Valore $\geq 5\%$ = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0

9. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P14C	Indicatore composito sugli stii di vita	Riduzione della proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari	Fonte: Indagini campionarie - Istat - Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)	Rapporto tra: Numeratore: N. soggetti con punteggio ≥ 2. inteso come somma dei punteggi relativi a : A - INDICATORE_FUMO 0 = non fuma attualmente 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette) 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette) B - INDICATORE_ECCESSO_PONDERALE 0 = Normopeso + sottop. (BMI < 25 kg/m²) 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²) 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²) C - INDICATORE_ALCOL 0 = Astemio + consumo moderato 1 = Consumo a rischio (consumo abituale, binge drinking, fuori pasto) D - INDICATORE_SESENTARIETA 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero +att. lavor. domes. pesante) 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero+nessuna att.lavor.o domestica pesante) Denominatore: Popolazione stimata 18-69 residente nella Regione.	40	40	valore decrescente	valore decrescente	valore decrescente

10. P_S Delibera ASL n. 297/2021	Aggiornamento dei Manuali Operativi Aziendali per la gestione delle emergenze: a) epidemiche; b) non epidemiche; c) sicurezza alimentare, approvati con delibera ASL n. 297/2021.	Aggiornamento e applicazione dei Manuali da parte delle UOSD territoriali Veterinarie e di Prevenzione Collettiva	Sinergia fra i piani di emergenza comunali e i manuali operativi aziendali	Aggiornamento con atto deliberativo dei Manuali Operativi Aziendali per le emergenze, in integrazione con i piani di emergenza comunali e nel rispetto delle linee guida regionali e nazionali.	-	-	SI	SI	SI
11. P_S	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Verifica e controllo requisiti autorizzazioni delle Strutture Sanitarie		N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100			Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0.	Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0.	Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0.
12. P_S	Procedure di autorizzazione sanitaria	Verifica delle richieste sul rilascio di nuove autorizzazione ai sensi della DGRC 7301/2001 per attività sanitarie e socio-sanitarie		N° richieste riscontrate/N° richieste totali			Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60%; < 50% = 0.	Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60%; < 50% = 0.	Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60%; < 50% = 0.
13. P_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.			Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ AREA D - DISTRETTUALE-S (Obiettivi sanitari)

N./Rif.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2022	Valore Anno 2023	Target		
							2025	2026	2027
1.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P01C e P02C	Attività di prevenzione rivolta alle persone: vaccinazioni.	P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib); P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR). Valore soglia 92		P01C: N° di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita * 100 P02C: N° di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose / N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita * 100 Valore soglia 92	95,05%	96,26%	P01C ≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%" P02C ≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	P01C ≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%" P02C ≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	P01C ≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%" P02C ≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
2.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P06C	Attività di prevenzione rivolta alle persone: vaccinazioni.	P06C: Prevenzione influenza rivolta alle persone Anziani ≥ 65 anni Valore soglia 60%		P06C: N° di soggetti ≥ 65 anni di età vaccinati per antinfluenzale / N° di soggetti di età ≥ 65 anni residenti * 100 Valore soglia 60%			Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0

3.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P15C	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per <u>cervice uterina</u> , <u>mammella</u> , <u>colon retto</u>	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15Ca - cervice uterina; P15Cb -mammella; P15Cc -colon retto	Le popolazioni bersaglio dei tre programmi sono: - a) per cervice uterina popolazione femminile di età 25-64 ogni tre anni; - b) per mammella popolazione femminile di età 50-69 ogni due anni; - c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età 50-69 anni ogni 2 anni.	P15Ca: Persone in età target che eseguono il test di screening per il cervicocarcinoma / [residenti eleggibili (25-64) / 3] *100. Valore soglia 25. P15Cb: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma della mammella / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore soglia 35. P15Cc: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma del colon retto / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore soglia 25.	25,20% 27,72% 16,09%	26,00% 30,00% 15,00%	<u>cervice uterina</u> ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0% <u>mammella</u> ≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0% <u>colon retto</u> ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%	<u>cervice uterina</u> ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0% <u>mammella</u> ≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0% <u>colon retto</u> ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%	<u>cervice uterina</u> ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0% <u>mammella</u> ≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0% <u>colon retto</u> ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
4.D_S Nuovo Sistema Garanzia D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA1-CIA2- CIA3	Rispetto dei valori soglia: Valore soglia CIA 1 2,6 Valore soglia CIA 2 1,9 Valore soglia CIA 3 1,5	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento	1. Totale pazienti CIA1/popolazione residente*1000 2. Totale pazienti CIA2/popolazione residente*1000 3. Totale pazienti CIA3/popolazione residente*1000	CIA1 = 1,58 CIA2 = 4,64 CIA3 = 2,92	CIA1 = 5,02 CIA2 = 11,98 CIA3 = 5,15	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%

5. D_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Andamento decrescente	Sistema informativo SDO.	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco, rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	260,14	231,72	Valore $\leq 285 = 100\%$ tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% superiore a 320 = 0%	Valore $\leq 285 = 100\%$ tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% superiore a 320 = 0%	Valore $\leq 285 = 100\%$ tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% superiore a 320 = 0%
6. D_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Andamento decrescente	Sistema informativo SDO.	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	102,85	132,47	Valore $\leq 81,76 = 100\%$ tra 81,77 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% superiore a 105 = 0%	Valore $\leq 81,76 = 100\%$ tra 81,77 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% superiore a 105 = 0%	Valore $\leq 81,76 = 100\%$ tra 81,77 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% superiore a 105 = 0%
7. D_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore D01C	Assistenza territoriale cardiologica (Rete IMA)	Riduzione degli eventi maggiori e dei decessi entro 12 mesi da episodi IMA	Numeratore: Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE). Denominatore: Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice	Rapporto tra numero di episodi di IMA con evento entro 12 mesi e numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice		16,28	valore decrescente	valore decrescente	valore decrescente
8. D_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore D02C	Assistenza territoriale neurologica (Rete ICTUS)	Riduzione degli eventi maggiori e dei decessi entro 12 mesi da episodi ictus	Numeratore: Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice	Rapporto tra numero di episodi di ictus ischemico con evento entro 12 mesi e numero di episodi di ictus ischemico in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice		6,98	valore decrescente	valore decrescente	valore decrescente

9.D_S DCA 23/2020; Nuovo Sistema di Garanzia D10Z	Governo delle liste di attesa	Percentuali di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B (breve ≤ 10gg) in rapporto al totale di prestazioni della classe B (breve ≤ 10gg). VALORE SOGLIA 90.	Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica	N. prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B / N. totale di prestazioni della classe B (breve);		80,38	Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0.	Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0.	Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0.
10.D_S Nuovo Sistema di Garanzia LEA D14C	Contenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti antibiotici Classe ATC J01	Contenimento del consumo di antibiotici entro la soglia DDD definita	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)		8264	DDD 6.500	DDD 6.500	DDD 6.500
11. D_S Decreto Dirigenziale n. 179 del 7.04.2023	Misure relative all'assistenza farmaceutica convenzionata e individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'appropriatezza prescrittiva	Contenimento entro la media nazionale consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 179/2023	Consumo medio procapite e spesa media procapite per ciascuna categoria di farmaci. Relazione sull'obiettivo specifico			<= media nazionale	<= media nazionale	<= media nazionale
12.D_S Obiettivo tematico Controllo C.O.M.	Verifiche volumi prestazionali rispetto a Capacità Operative Massime (C.O.M.)	Verifica semestrale	Verifiche volumi rispetto a C.O.M. e permanenza dei requisiti COM	Verbal di verifica semestrale			Presenza verbali di verifica semestrale	Presenza verbali di verifica semestrale	Presenza verbali di verifica semestrale

13.D_S Obiettivo tematico Controllo Accreditamento	Controlli Requisiti accreditamento CC.AA. Ivi comprese RSA	Verifica semestrale	Monitoraggio e verifica della permanenza dei requisiti di accreditamento CC.AA. ivi comprese RSA se presente su territorio di competenza	Verbal di verifica controllo semestrale			Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale	Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale	Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale
14.D_S Obiettivo tematico Controllo SDO	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri	Verifica mensile	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri d'intesa con la UOSD Monitoraggio e Controllo SDO	Verbal di verifica controllo mensile			Presenza verbali di verifica controllo mensile	Presenza verbali di verifica controllo mensile	Presenza verbali di verifica controllo mensile
15.D_S Obiettivo tematico	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE tramite piattaforma regionale SINFONIA " Sistema Teleconsulto"			Valore >= 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% Inferiore al 50% = 0%	Valore >= 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% Inferiore al 50% = 0%	Valore >= 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% Inferiore al 50% = 0%
16.D_S Obiettivo specifico	Governo del sistema dei flussi informativi	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA		Flussi di competenza e relativa tempistica			SI=100% NO=0	SI=100% NO=0	SI=100% NO=0
17.D_S	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Apertura Ambulatorio Infermieristico ≥ 1 giorno a settimana	Gestione delle Cronicità - Progetto Aziendale attivazione Ambulatori Infermieristici territoriali Obiettivo a supporto della riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	gg. settimanali apertura ambulatorio			gg. ≥ 1 giorno = 100%	gg. ≥ 1 giorno = 100%	gg. ≥ 1 giorno = 100%
18.D_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.			Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

	150/2009 e D.Lgs 74/2017								

❖ **AREA O - OSPEDALIERA-S (Obiettivi sanitari)**

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2022	Valore Anno 2023	Target		
							2025	2026	2027
1.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore H03C	Rete ROC - Chirurgia della mammella	Riduzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg. da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Flusso da sistema informativo SDO	Numeratore: numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. Denominatore: numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella.		6,61	Valore decescente	Valore decescente	Valore decescente

2.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	Valore soglia 0,24 decrescente	Flusso da sistema informativo SDO	Numero di ricoveri per DRG a rischio di inappropriately / (fratto) Numero di DRG non a rischio di inappropriately	0,15 (Strutture pubbliche e private accreditate)	0,12 (Strutture pubbliche e private accreditate)	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18 \text{ e } \leq 0,22 = 80\%$ $> 0,22 = 0\%$	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18 \text{ e } \leq 0,22 = 80\%$ $> 0,22 = 0\%$	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18 \text{ e } \leq 0,22 = 80\%$ $> 0,22 = 0\%$
3.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (Strutture pubbliche e private accreditate)	Minimo 70% Valore crescente	Flusso da sistema informativo SDO	N° ricoveri colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica Valore Soglia 70%	74,06%	71,69%	$\geq 70\% = 100\%$; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0	$\geq 70\% = 100\%$; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0	$\geq 70\% = 100\%$; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4. O_S Griglia LEA H06Z	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico	Andamento decrescente	Flusso da sistema informativo SDO	Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico. Andamento decrescente.			< 2024	< 2025	< 2026
5. O_S	Riduzione degli accessi di tipo medico	Andamento decrescente	Flusso da sistema informativo SDO	Numero di accessi per ricoveri diurni di tipo medico. Andamento decrescente			< 2024	< 2025	< 2026

6. O_S Griglia LEA H08Z	Produzione Emocomponenti/emoderivati	Conseguimento dell'autosufficienza per la produzione di emocomponenti ed emoderivati	Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)	Numeratore: N° unità GR prodotte Denominatore: N° Unità GR programmate			Valore crescente	Valore crescente	Valore crescente
7.O_S NSG H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore $\geq 60\%$	Flusso da sistema informativo SDO	N. dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg/numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore*100. Andamento crescente	43,06% (Strutture pubbliche e private accreditate)	58,6% (Strutture pubbliche e private accreditate)	$\geq 60\% = 100\%$; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0	$\geq 60\% = 100\%$; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0	$\geq 60\% = 100\%$; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0

8. O_S Nuovo Sistema di Garanzia LEA H17C -H18 C	A) Percentuale parti cesarei primari in maternità di I e II comunque con <1.000 parti; B) Allineamento Flusso SDO-CEDAP.	Garantire almeno un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00% con rispetto della tempistica SDO-CEDAP almeno nel 95%. Andamento decrescente.	Flusso da sistema informativo SDO	N. dimissioni con parto cesareo primario/Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100). Andamento decrescente.	H17C=40,93% H18C=39,78%	H17C=35,60% H18C=40,38%	<= 25 = 100% > 25 e <= 35 = 70% > 33 e <= 40 = 50% > 40 = 0%	<= 25 = 100% > 25 e <= 35 = 70% > 33 e <= 40 = 50% > 40 = 0%	<= 25 = 100% > 25 e <= 35 = 70% > 33 e <= 40 = 50% > 40 = 0%
9. O_S Nuovo Sistema di Garanzia H23C	Riduzione della Mortalità da ictus (Rete ICTUS)	Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Flusso da Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Anagrafe Tributaria	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico. Fattore di scala: = =		5,56	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%
10. O_S	Screening neonatali	Incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. 65/2016; DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "il primi mille giorni di vita".	A) Percentuale dei neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico			A) ≥ 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

11. O_S	Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Valore < 25 % Andamento decrescente	Solo UU.OO. Chirurgiche	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / N. di dimessi da reparti chirurgici	(Strutture pubbliche e private accreditate)	(Strutture pubbliche e private accreditate)	$\leq 25\% = 100\%$; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0	$\leq 25\% = 100\%$; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0	$\leq 25\% = 100\%$; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
12. O_SDGRC 322/2022Obiettivo specifico	Continuità e completezza dei Flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione dei flussi informativi	Adozione delle misure più idonee per il conseguimento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati: Distribuzione diretta e oncologici ad alto costo (file F), flusso EMUR, SIMES, Tessera Sanitaria, SDO, Specialistica ambulatoriale (file C), Consumi ospedalieri (CO), Registro Tumori, etc.	SI/NO			100%	100%	100%
13.O_S	Misure relative al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera	Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3-trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di		Volume di spesa per categoria / N. ricoveri			Valore decrescente	Valore decrescente	Valore decrescente

		insulina lispro e teriparatite.							
14.O_S DCA 23/2020; DGRC 322/2022 Obiettivo specifico	Governo delle liste di attesa	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg). VALORE SOGLIA 90%	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 52/2019 e DCA n. 23/2020	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;			Valore $\geq 90\% = 100\%$; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; $\leq 60\% = 0$.	Valore $\geq 90\% = 100\%$; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; $\leq 60\% = 0$.	Valore $\geq 90\% = 100\%$; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; $\leq 60\% = 0$.
15. O_S Normativa Nazionale	Recupero Crediti Esteri in Mobilità Sanitaria Internazionale	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.		n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.			Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
16.O_S	Contenimento della degenza media pre-operatoria	Contenimento della degenza media pre-operatoria entro la soglia di 1,4 giorni	Solo UU.OO. Chirurgiche	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico / (fratto) Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico			Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80%; tra 2 e 2,4 = 60%; > 2,5 = 0	Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80%; tra 2 e 2,4 = 60%; > 2,5 = 0	Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80%; tra 2 e 2,4 = 60%; > 2,5 = 0
17.O_S DGRC 322/2022 DGRC 210/2022 DGRC 420/2024	Obiettivi di produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali specialistiche e riequilibrio del setting assistenziale (interni/esterni)	Attuazione delle indicazioni fornite dal Piano Operativo aziendale per il Conseguimento degli obiettivi assegnati con DGRC n. 420/2024	A) N. prestazioni complessive B) Rapporto N. prestazioni per esterni / N. prestazioni per interni			A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 420/2024; B) 52% esterni/ 48% interni	A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 420/2024; B) 52% esterni/ 48% interni	A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 420/2024; B) 52% esterni/ 48% interni

18.O_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE			Valore >= 90% = 100% < 90% = 0	Valore >= 90% = 100% < 90% = 0	Valore >= 90% = 100% < 90% = 0
19.O_S	Primo ciclo di terapia	Erogazione almeno dell'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	Osservanza delle linee guida regionali. Effettuazione delle dimissioni coerente con gli orari di servizio della Farmacia di Presidio	% erogazioni rispetto alle dimissioni con prescrizione del primo ciclo terapeutico			≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0	≥ 80%	≥ 80%
20.O_S	Sicurezza delle cure - Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	% di operatori che utilizzano il dispositivo			>80% --> 100% 70-80% --> 80% <70% --> 0	>80% --> 100% 70-80% --> 80% <70% --> 0	>80% --> 100% 70-80% --> 80% <70% --> 0
21.O_S	Sicurezza delle cure - Formazione degli operatori	Somministrazione agli operatori del corso di formazione all'utilizzo della piattaforma Talete	Somministrazione del corso di formazione all'utilizzo della piattaforma Talete	% di operatori formati all'utilizzo della piattaforma Talete			>80% --> 100% 70-80% --> 80% 60-70% --> 60% <60% --> 0	>80% --> 100% 70-80% --> 80% 60-70% --> 60% <60% --> 0	>80% --> 100% 70-80% --> 80% 60-70% --> 60% <60% --> 0
22.O_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.			Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ AREA PS - PROFESSIONI SANITARIE

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione			
					2025	2026	2027
AREA OSPEDALIERA UU.OO. A CICLO CONTINUO							
1.PS	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - Scheda unica di terapia	Adozione della scheda unica di terapia		numero schede adottate / n. pazienti	70%	80%	90%
2.PS	Prevenzione e gestione delle <u>cadute in ospedale</u>	Attuazione della Procedura Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Cadute in Ospedale (delibera n. 571 del 16.06.2015)	Compilazione della scheda per la valutazione del rischio di caduta in reparto	A. numero di schede di valutazione del rischio / n. pazienti a rischio; B. RELAZIONE	A. 70%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. 80%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. 90%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
AREA OSPEDALIERA BLOCCHI OPERATORI							
3.PS	Utilizzo <u>Check list</u>	Attuazione della specifica modalità negli interventi chirurgici	Attuazione delle indicazioni del Manuale Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (Allegato Delibera ASL n. 239/2012)	N. Interventi Chirurgici / n. interventi con adozione Check list	80%	90%	100%
4.PS	Adesione al Protocollo Nazionale per la sorveglianza delle <u>infezioni del sito chirurgico</u>	Attuazione della specifica modalità negli interventi chirurgici selezionati	Attuazione delle indicazioni del Sistema Nazionale Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH)	N. Unità operative che aderiscono allo SNICH / N. totale delle UU.OO. Chirurgiche	70%	80%	90%
AREA OSPEDALIERA PRONTO SOCCORSO							

5.PS	Raccomandazione Ministeriale n. 15: Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage all'interno del pronto soccorso	Aggiornamento della procedura aziendale di triage in pronto soccorso (allegato alla delibera n. 571 del 16.06.2015)	Attivazione di una adeguata formazione adeguata e continua del personale infermieristico e di supporto del pronto soccorso	N. unità infermieristiche del pronto soccorso formate	70%	80%	90%
AREA TERRITORIALE							
7.PS	Miglioramento della qualità assistenziale ostetrica/infermieristica nell'ambito del Percorso Nascita	Potenziamento della informazione e dell'orientamento al parto fisiologico	Monitoraggio della gravidanza fisiologica in ambito consultoriale con attivazione di ambulatorio dedicato	Giornate settimanali dedicate	≥ 1	≥ 1	≥ 1
8.PS	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Obiettivo a supporto dell'obiettivo NSG D03C (riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta ≥ 18 anni per complicanze a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco)	Giornate settimanali di apertura	> 1	> 1	> 1

❖ AREA SM - SALUTE MENTALE-S (Obiettivi sanitari)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2025	2026	2027
1. SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D27C	Contenimento dei Ricoveri ripetuti	Percentuale dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria Valore soglia 6,9	Fonte Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO) Numeratore: si considerano ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata) Denominatore: si considerano i ricoveri erogati da struttura pubblica o privata accreditata (sono esclusi i pazienti con modalità di dimissione deceduto). Codici di diagnosi principale ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290 – 319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317 – 319).	N. dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria / N. totale dei ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0
2.SM_S	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	1) Preparazione dell'avviso per la selezione dei cogestori e pubblicazione dell'avviso 2) Avvio di 10 progetti pilota (PTRP) con metodologia di finanziamento innovativo (Budget di salute)	DCA-134-del-28-ottobre-2016 Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità • Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio • Area Progettuale 4 – Gestione e presa in carico dei soggetti fragili e non autosufficienti	Implementazione di progetti terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	n. 10 progetti pilota	n. 10 progetti pilota	n. 10 progetti pilota

3.SM_S	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	1) Elaborazione di procedure condivise di presa in carico e seguimiento precoce di giovani al loro primo esordio psicotico; 2) Continuità delle attività del Centro Esordi di Salerno	DCA-134-del-28-ottobre-2016 Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità - 3) Elaborazione ed implementazione PDTA per patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro Governance - Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio - Salute mentale e - Neuropsichiatria Infantile	1) Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico; 2) Mantenimento dei livelli di attività del CD e Residenza Esordi di Salerno	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4.SM_S	Flussi Informativi SISM	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA	Invio del flusso entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
5.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D26C	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne		N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso
6.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D28C	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Riduzione del Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.		N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso

7.SM_S	Contrasto ai disturbi della condotta alimentare	Attivazione Centro Residenziale Regionale per i Disturbi Alimentari e incremento/mantenimento quota percentuale di pazienti provenienti da territori extraziendali inseriti in regime Residenziale e in seguimiento ambulatoriale	Rete assistenziale regionale per i disturbi della condotta alimentare	1) N. pazienti provenienti da territori extraziendali inseriti in Residenza / n. totali pazienti inseriti in residenza; 2) N. pazienti provenienti da territori extraziendali seguiti in regime ambulatoriale/ n. totali pazienti seguiti in regime ambulatoriale	1) Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 2025 ≥ 75%; 2) n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.	1) Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 2026 ≥ 80%; 2) n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.	1) Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 2027 ≥ 85%; 2) n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.
8.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D28C	Presa in carico pazienti con disturbi dello spettro autistico.	Implementazione dei percorsi di presa in carico secondo le indicazioni regionali	Osservanza delle indicazioni di cui alla nota Presidente Giunta Regione Campania n. 15721 del 23/07/2022	Formulazione del modello di presa in carico e grado di implementazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9.SM_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	100%	100%	100%
10.SM_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ **AREA DP - DIPENDENZE-S (Obiettivi sanitari)**

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2025	2026	2027
1.DP_S DCA n. 86/2016	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , mantenimento/incremento dei volumi d'utenza	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve. Definizione e monitoraggio dei PTRI.	N. pz presi in carico	≥ 2024	≥ 2025	≥ 2026
2.DP_S DCA n. 8172018 DCA n. 86/2016	Formazione specialistica sul tema GAP	Corsi di formazione specialistica sul tema GAP in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco, volto alla efficace individuazione dei casi e alla relativa presa in carico.		Numero corsi di formazione	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie
3.DP_S DCA n. 86/2016	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	Mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve (IPIB Alcool). Definizione e monitoraggio dei PTRI. Counselling e screening di eventuali altre dipendenze. Attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto	N.pazienti presi in carico	≥ 2024	≥ 2025	≥ 2026

4.DP_S DCA n. 69/2016	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	Incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Progetto EPASERD, campagna di prevenzione e utilizzo dei test rapidi linguali	A) N. di pz sottoposti a screening;	A ≥ 2024	A ≥ 2025	A ≥ 2026
5.DP_S DCA n. 86/2016	Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali	Riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	Riquilificazione dei programmi di trattamento con Enti Ausiliari regionali accreditati (Comunità). Incremento delle sessioni congiunte per le buone pratiche dei trattamenti	N. dei ricoveri in strutture extraregionali con esclusione di quelli emessi direttamente dalle Autorità giudiziarie	A ≥ 2024	A ≥ 2025	A ≥ 2026
6.DP_S	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	Contributo delle Associazioni di Volontariato nella definizione dei percorsi assistenziali	Incontri di verifica sui casi specifici	Numero di Associazioni coinvolte nei programmi di assistenza	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
7.DP_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	100%	100%	100%
8.DP_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ AREA DT - DIPARTIMENTO TERRITORIALE

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2025	2026	2027
1. DT Nuovo Sistema Garanzia D22Za	Assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	Valore $\geq 2,60 = 100\%$ tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% inferiore a 1,80 = 0%	Valore $\geq 2,60 = 100\%$ tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% inferiore a 1,80 = 0%	Valore $\geq 2,60 = 100\%$ tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% inferiore a 1,80 = 0%
2. DT Nuovo Sistema Garanzia D22Zb	Assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	Valore $\geq 1,90 = 100\%$ tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% inferiore a 1,40 = 0%	Valore $\geq 1,90 = 100\%$ tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% inferiore a 1,40 = 0%	Valore $\geq 1,90 = 100\%$ tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% inferiore a 1,40 = 0%
3. DT Nuovo Sistema Garanzia D22Zc	Assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	Valore $\geq 1,50 = 100\%$ tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% inferiore a 1,00 = 0%	Valore $\geq 1,50 = 100\%$ tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% inferiore a 1,00 = 0%	Valore $\geq 1,50 = 100\%$ tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% inferiore a 1,00 = 0%
4.DT Nuovo Sistema di Garanzia D30Z	Rete Cure palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore		Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice / numero deceduti per causa di tumore	Valore $\geq 35\% = 100\%$ tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50%	Valore $\geq 35\% = 100\%$ tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50%	Valore $\geq 35\% = 100\%$ tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% inferiore a 22% = 0%

					inferiore a 22% = 0%	inferiore a 22% = 0%	
5.DT DCA 108/2014; DGRC 716/2016	Sanità Penitenziaria	Valutazione pericolosità sociale	Riferimento a: DCA 108/2014; DGRC 716/2016	Relazioni all'Autorità Giudiziaria per soggetti con misure di sicurezza	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
6.DT DGRC 716/2017	Sanità Penitenziaria	Presa in carico dei minori area penale	Riferimento a: DGRC 567/2017	N. minori presi in carico con progetto integrato (Neuropsichiatria infantile-SER.D.- Piano di zona) / rispetto alle richieste dell'Autorità Giudiz.	100%	100%	100%
7.DT DGRC 716/2017	Sanità Penitenziaria	Presa in carico integrata dei detenuti tossicodipendenti con manifestazioni psichiche	Riferimento a: DGRC 716/2016	A) N. detenuti in carico con progetto integrato (SER.D.- Piano di zona) / Popolazione dei detenuti tossicodipendenti	Valore crescente	Valore crescente	Valore crescente
8.DT	Indirizzo e coordinamento delle attività territoriali di riabilitazione e protesica	Informatizzazione dei progetti riabilitativi individualizzati		% di progetti riabilitativi individuali informatizzati	Valore crescente	Valore crescente	Valore crescente
9.DT	Implementazione della telemedicina in ambito riabilitativo ex art. 44 L.833/78	Sviluppo del programma di erogazione dei servizi di assistenza riabilitativa ex art. 26 L.833/78 attraverso procedure da remoto (telemedicina)		Progetto pilota	Implementazione	Implementazione a regime	Monitoraggio

❖ **AREA S - SUPPORTO-S (Obiettivi sanitari)**

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target			Area di rilevazione dell'attività
					2025	2026	2027	
1.S_S	Verifica tecnica del rispetto dei tetti di spesa per gli operatori privati accreditati	Rispetto dei tetti di spesa per singolo ambito	Verifiche di periodo a tre mesi	A) Percentuale di strutture monitorate B) Relazione	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Assistenza accreditata
2.S_S DCA 66/2016	Attuazione dei decreti commissariali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	Incremento dell'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti. Controlli delle note AIFA. Aggiornamento informativo e documentale alle UCAD distrettuali.	A) Percentuale di farmaci con brevetto scaduto sul totale dei farmaci. B) Relazione sulle attività svolte.	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico - Distretti
3.S_S DCA n. 44/2018 DCA 138/2018)	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01	Contenimento del consumo di antibiotici	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti dei	A) DDD/mille abitanti die (territ.); B) Relazione sull'obiettivo specifico	A) < 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico - Distretti

4.S_S DCA 56/2019; DCA 25/2020	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie	Miglioramento della governance dell'attività ALPI: A) Pianificazione attività ALPI; B) Informatizzazione delle anagrafiche ALPI; C) Elaborazione della contabilità separata per la verifica del risultato della gestione ALPI	Implementazione dell'apposita piattaforma informatica	SI/NO	A) adozione Piano ALPI 2025; B) Pubblicazione aggiornamento anagrafiche ALPI; C) relazione su obiettivo specifico relativo all'attività di medico competente D) Relazione.	A) adozione Piano ALPI 2026; B) Pubblicazione aggiornamento anagrafiche ALPI; C) relazione su obiettivo specifico relativo all'attività di medico competente D) Relazione.	A) adozione Piano ALPI 2027; B) Pubblicazione aggiornamento anagrafiche ALPI; C) relazione su obiettivo specifico relativo all'attività di medico competente D) Relazione.	CUP - Liste d'Attesa - ALPI / Controllo di Gestione
5.S_S DCA 52/2019; DCA 23/2020	Coordinamento e gestione del Centro Unico di Prenotazione e Call Center aziendale	A) Gestione centralizzata e potenziamento del CUP aziendale e del Call Center.	Riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali tramite CUP e adeguamento agli aggiornamenti normativi	Percentuale di aggiornamento delle agende di prenotazione e report.	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	CUP - Liste d'Attesa - ALPI
6.S_S Nuovo Sistema di Garanzia D10Z	Governo delle liste di attesa	A) Rispetto delle percentuali di prestazioni specialistiche garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni della classe B (breve ≤ 10gg). VALORE SOGLIA 90. B) Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg). VALORE SOGLIA 90%	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 52/2019 e DCA n. 23/2020	A) N. prestazioni garantite entro i tempi / N. totale di prestazioni della classe B (breve); B) N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg; C) Report e relazione	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	CUP - Liste d'Attesa - ALPI

7.S_S	Coordinamento delle attività di Controllo SDO	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri		A) N. controlli; B) Relazione sull'attuazione dei controlli previsti dal DCA n. 21/2018 e s.m.i. e dal Nuovo Sistema di Garanzia LEA	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Monitoraggio e controllo SDO
8.S_S	Coordinamento delle cure primarie	Predisposizioni delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali		Relazione sull'avvenuta predisposizione delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	si/no	si/no	si/no	Assistenza primaria
9.S_S	Coordinamento della specialistica ambulatoriale	Espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali		Relazione sull'avvenuto espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali	si/no	si/no	si/no	Assistenza primaria
10.S_S	Programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con riferimento ai LEA socio-sanitari)	Supporto alla Direzione Strategica e alle Strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali sottesi al sistema socio-sanitario		Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Coordinamento socio-sanitario
11.S_S	Flusso Informativo Socio-Sanitario	Rispetto della tempistica del Flusso FAR; Miglioramento qualità dei dati conferiti		A) SI/NO B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Coordinamento socio-sanitario

12.S_S	Interventi sulle fragilità in salute mentale	Monitoraggio ed appropriatezza degli inserimenti residenziali in strutture socio sanitarie		Numero di verifiche effettuate / numero di pazienti in trattamento residenziale *100	>= 50% = 100%; tra 40% e 50% = 80%; tra 30% e 40% = 60%; < 30% = 0	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Area salute mentale
13.S_S	Risk management	Aggiornamento delle procedure aziendali relative alla sicurezza dei pazienti		Adozione con delibera delle procedure aziendali relative alla sicurezza dei pazienti	si/no	si/no	si/no	Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico
14. S_S	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA - Ambito Ostetrico	Monitoraggio degli indicatori LEA per la riduzione dei tagli cesarei primari	Riferimento Griglia LEA e Progetto percorso nascita ASL Salerno di cui al DCA 134/2016. Applicazione delle check-list ministeriali (DM 11.11.2015) sui requisiti minimi dei punti nascita aziendali pubblici e privati. Riqualificazione delle attività consultoriali per il percorso nascita e garanzia dei LEA. Offerta attiva di partoanalgesia su almeno 2 punti nascita, con relativa formazione.	A) Indicatore LEA percentuale TC primari; B) relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Analisi e monitoraggio percorsi assistenziali / Monitoraggio e controllo SDO
15. S_S	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA - Ambito Pediatrico	Monitoraggio degli screening neonatali per l'incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. 65/2016; DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "il primi mille giorni di vita".	A) Percentuale dei neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Analisi e monitoraggio percorsi assistenziali / Monitoraggio e controllo SDO
16. S_S	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA - Ambito Ortopedico	Monitoraggio delle fratture di femore	Riferimento Griglia LEA	A) Percentuale dei pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Analisi e monitoraggio percorsi assistenziali / Monitoraggio e controllo SDO

17.S_S	Coordinamento delle attività di competenza del Servizio Ispettivo e Nucleo Operativo di Controllo (NOC)	Controlli presso le strutture di erogazione e relative proposte connesse ai risultati dei controlli	Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale, dalla Direzione Strategica, nonché su iniziativa diretta come da regolamento del Servizio approvato con delibera n. 188 del 5/03/2019	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Servizio ispettivo e NOC
18.S_S	Formazione del personale	A) Promozione della formazione e l'aggiornamento professionale attraverso l'erogazione delle attività formative inserite nel piano formativo aziendale al fine di favorire la crescita professionale degli operatori e la condivisione delle politiche operative. B) Aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	Ricognizione del fabbisogno formativo in sinergia con i Macrocentri aziendali. Procedure di accreditamento ECM	A) Relazione sulle attività formative realizzate e relativa ricaduta nella crescita professionale degli operatori B) Atto di approvazione annuale del Piano Aziendale di Formazione	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	Formazione e aggiornamento
19.S_S	Ascolto dei cittadini	A. Realizzazione di una indagine di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza; B. Gestione dei reclami	Somministrazione del questionario ed elaborazione dei dati. Elaborazione dei dati relativi ai reclami pervenuti agli Uffici URP territoriali ed ospedalieri.	A) Elaborazione e pubblicazione sul portale aziendale dei dati sul grado di soddisfazione dell'utenza; B) Relazione trimestrale sui reclami pervenuti.	1 elaborazione territoriale ed 1 ospedaliera	1 elaborazione territoriale ed 1 ospedaliera	1 elaborazione territoriale ed 1 ospedaliera	URP
20.S_S	Farmacovigilanza	Sicurezza dei farmaci e vaccini	Monitoraggio delle reazioni avverse a farmaci e/o vaccini, tramite la diffusione della prevista modulistica AIFA, da inviare al Responsabile Farmacovigilanza ASL da parte di: Medici di MMG; Medici ospedalieri, Farmacisti dipendenti e convenzionati, Distretti sanitari, Dipartimenti, Odontoiatri, infermieri, ostetriche e comuni cittadini	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico

21.S_S	Realizzazione del Piano Investimenti 2025-2027 per le acquisizioni di apparecchiature sanitarie biomedicali	Promozione dello sviluppo e adeguamento tecnico e tecnologico mediante il potenziamento e l'ammodernamento delle apparecchiature sanitarie biomedicali	Realizzazione delle acquisizioni programmate	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Valutazione tecnologie sanitarie
22.S_S	D09Z - Tempi di intervento Servizio Emergenza 118	Rispetto dell'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso pari a 20', di cui al Nuovo Sistema di Garanzia LEA	Fonte del dato: Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo del 118)	N. minuti tra la chiamata al 118 e l'arrivo del 1° mezzo di soccorso, corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi	20'	20'	20'	Emergenza - COT 118 - Urgenza territoriale
23.S_S	Attività Commissioni Invalidi Civili	Coordinamento tecnico e funzionale delle attività delle Commissioni Invalidi Civili (L. 104/92; L. 68/99)		Percentuale dei controlli effettuati sulle chiamate da parte dell'INPS (con cui è in corso convenzione) per il rispetto dei tempi di attesa e della dinamica delle valutazioni	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Medicina legale / Distretti
24.S_S	Attività di certificazione medico-legale	Rispetto dei tempi di attesa per il rilascio delle certificazioni medico-legali (30 gg.)		N. di certificazioni entro i tempi / totale richieste	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Medicina legale
25.S_S	Sicurezza sul lavoro	Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi secondo le vigenti norme e gli indirizzi del datore di lavoro		A) Aggiornamento DVR B) Relazione	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Prevenzione e Protezione
26.S_S	Formazione sulla sicurezza dei lavoratori	Erogazione di corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori		N. corsi	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Prevenzione e Protezione

27.S_S	Attività Medici Competenti	Coordinamento dei medici competenti e protocolli di sorveglianza sanitaria	Almeno 1 incontro semestrale di coordinamento con i MC ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	Numero di incontri semestrali di coordinamento con i MC ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Prevenzione e Protezione
28.S_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

❖ **AREA S - SUPPORTO-A** (Obiettivi amministrativi)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target			Area di rilevazione dell'attività
					2025	2026	2027	
1.S_A	Governo delle risorse	Rispetto del budget economico assegnato sui conti gestionali di competenza		Costo a consuntivo - Budget economico assegnato	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
2.S_A	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Revisione della debitoria pregressa	Verifiche e liquidazioni dei fatturati pervenuti, da parte dei Macrocentri e delle U.OO.CC. Centrali	A) Volume dei debiti e crediti sorretti da sufficienti e appropriati elementi probativi; B) Relazione	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Economico Finanziaria
3.S_A	Riduzione delle proroghe contrattuali	Riduzione, fino all'azzeramento ove possibile, del ricorso all'istituto della proroga contrattuale	Miglioramento della programmazione degli acquisti	N. di proroghe contrattuali	< 2024	< 2025	< 2026	Acquisizione Beni e Servizi ed Economato

4.S_A	Monitoraggio dei costi e ricavi dell'Attività intramoenia	Determinazione dei costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale in ambito di libera professione.	Implementazione della piattaforma software di gestione dell'attività intramoenia	Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	CUP - Liste d'Attesa - ALPI / Controllo di gestione
5.S_A	Gestione e valorizzazione del Patrimonio	Ricognizione del patrimonio aziendale sul piano giuridico ed economico		A) Grado di implementazione dell'inventario beni immobili B) Relazione	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali
6.S_A	Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazione prescritte dal Decreto 33/2013 (Allegato tab.1)	Aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2023-2025	Grado di implementazione del sistema	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	RPCT / Macrocentri
7.S_A	Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Monitoraggio dei processi a rischio mappati nel Catalogo di cui all'allegato 2 del vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, e identificazione delle azioni positive da porre in essere nelle rispettive aree di rischio.	Monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	Relazione della Struttura Organizzativa sugli eventi mappati all'interno delle Aree di rischio di rispettiva competenza	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	RPCT / Macrocentri
8.S_A	Attuazione Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali.	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori e relazioni periodiche ai macrocentri e alla Direzione Strategica circa i tempi di pagamento		Report/Indicatore tempi di pagamento e relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Economico Finanziaria / Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

9.S_A	Accordi Asl Creditori per la risoluzione del contenzioso	Sottoscrizione accordi	Governo dei processi amministrativo contabili con sinergia tra UOC Affari Legali e UOC Gestione dei Flussi Finanziari ed E.G.	A) n° di accordi sottoscritti; B) Relazione	A) n° ≥ 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) n° ≥ 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) n° ≥ 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Affari Legali e Gestione economico-finanziaria
10.S_A	Contenimento dei costi legali per gli incarichi esterni	Riduzione del n° cause con incarichi esterni	Attività di difesa giudiziale e stragiudiziale	Percentuale incarichi esterni	≤ 2024	≤ 2025	≤ 2026	Affari legali
11.S_A	Contenimento del contenzioso in fase esecutiva	Aumento delle prese d'atto e delle determine per la definizione stragiudiziale dei contenziosi esecutivi	Contenimento dei costi grazie alla chiusura anticipata del contenzioso esecutivo. Prese d'atto dei conteziosi relativi ai Centri ass.accr.ta-fornitori e ai Macrocentri	n° determine	≤ 2024	≤ 2025	≤ 2026	Affari Legali
12.S_A	Verifica dei progetti finanziati da terzi	Coordinamento delle attività e monitoraggio delle progettualità relativa ai fondi extra Aziendali	Alimentazione della piattaforma informatizzata	% Progettualità monitorate	>= 90% = 100% tra 60% e 80% = 70% inferiore a 60% = 0%	>= 90% = 100% tra 60% e 80% = 70% inferiore a 60% = 0%	>= 90% = 100% tra 60% e 80% = 70% inferiore a 60% = 0%	GFFEG/ Controllo di Gestione/Responsabili dei progetti
13.S_A	Attuazione del Piano di investimenti 2025-2027	Realizzazione del Piano degli Investimenti e del Piano delle Opere 2025-2027		A) Grado di realizzazione del piano investimenti; B) relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali/ Tecnologie Biomediche /Acquisizione Beni e Servizi / SIA
14.S_A	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni.	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
15.S_A	Ottimizzazione nella registrazione fatture	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Nota Direzione Amministrativa aziendale ASLSA-0018911-2025 del 23/01/2025	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	0	0	0	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

16.S_A	Attuazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione di cui al DCA n. 67/2019	Manutenzione e allineamento del sistema informativo integrato per il controllo direzionale e la reportistica aziendale	Linee guida di cui al DCA n. 67/2019. Allegato 2 DCA n. 27/2019.	Grado di implementazione del sistema	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	Controllo di Gestione
17.S_A	Comunicazione istituzionale	Aggiornamento del Piano annuale di Comunicazione		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Comunicazione
18.S_A	Supporto agli Organi di vertice	Garanzia delle attività amministrative a supporto della Direzione Strategica e degli Organi ed Organismi aziendali		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Segreterie Direzione Strategica
19.S_A	Riscontro ai rilievi del Collegio Sindacale	Riscontro entro 30 giorni alle osservazioni del Collegio Sindacale		A) Percentuale dei rilievi riscontrati entro 30 giorni; B) Relazione	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
20.S_A	Digitalizzazione dei documenti amministrativi	Completa digitalizzazione delle proposte di delibera e delle determine dirigenziali. Avvio del protocollo aziendale informatizzato. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Affari generali / SIA
21.S_A	Reclutamento personale	Avvio 100% dei reclutamenti autorizzati, secondo il Piano triennale adottato		N. reclutamenti con procedure avviate (pubblicazione bando) / N. reclutamenti previsti	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0	Risorse umane

22.S_A	Flusso informativo regionale sul Personale	Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico e nelle Linee guida per la compilazione del Conto Annuale di cui all'Allegato 1 e all'Allegato 2 del DCA 53/2019		Utilizzo del flusso informativo per la Compilazione del Conto Annuale del personale. Relazione sul grado di implementazione. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico secondo le scadenze del monitoraggio CE	SI = 100% NO = 0%	SI = 100% NO = 0%	SI = 100% NO = 0%	Risorse umane
23.S_A	Flusso informativo regionale sul Personale Convenzionato	Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale convenzionato secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico di cui all'Allegato 1 del DCA 55/2019		Utilizzo del flusso informativo per la Compilazione del Conto Annuale del personale. Relazione sul grado di implementazione. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico secondo le scadenze del monitoraggio CE	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Risorse umane
24.S_A	Amministrazione digitale	Incremento delle aree di utilizzo dei sistemi operativi di gestione digitalizzata		Relazione sul grado di avanzamento dei sistemi	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Sistema informativo
25.S_A	Amministrazione digitale per l'utenza	Incremento dei sistemi on line di servizio ai cittadini	Indicatori Circolare 2 Funzione Pubblica DFP-0080611-P-30/12/2020	A) N. di servizi on line B) Relazione	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Sistema informativo
26.S_A	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	100%	100%	100%	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / SIA

27.S_A	Implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Avvio delle azioni programmate secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022	Linee guida regionali di cui alla DGRC n. 682 del 13/12/2022 Governance PNRR di cui al DL n. 77 del 31/05/2021 convertito in Legge 29/07/2021 n. 108	% di avanzamento dei lavori e delle acquisizioni progettate in ambito PNRR	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali / Tecnologie biomediche / SIA / Affari Generali / Economico Finanziario
28.S_A	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

❖ **AREA MC – MACROCENTRI** (Obiettivi gestionali assegnati a tutti i Macrocentri e Funzioni Centrali)

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2025	2026	2027
1.G	Governo delle risorse	Rispetto del budget economico assegnato sui conti gestionali di competenza		Differenza consuntivo - budget	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%
2.G	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Revisione della debitoria pregressa	Verifiche e liquidazioni dei fatturati pervenuti, da parte dei Macrocentri e delle U.OO.CC. Centrali	A) Volume dei debiti e crediti sorretti da sufficienti e appropriati elementi probativi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.G	Applicazione del Codice di Comportamento	Partecipazione del personale dipendente al Corso di formazione a distanza implementato sulla piattaforma FAD aziendale	Monitoraggio sul grado di partecipazione del personale dipendente dei vari Macrocentri al Corso di formazione sul Codice di Comportamento sulla piattaforma aziendale.	A) N. di partecipanti al corso su piattaforma aziendale Talete- WEB; B) Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4.G	Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazione prescritte dal Decreto 33/2013 (Allegato tab.1)	Aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2024-2026	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
5.G	Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Monitoraggio dei processi a rischio mappati nel Catalogo di cui all'allegato 2 del vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, e identificazione delle azioni positive da porre in essere nelle rispettive aree di rischio.	Monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	Relazione della Struttura Organizzativa sugli eventi mappati all'interno delle Aree di rischio di rispettiva competenza	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
6.G	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Riduzione dei tempi di liquidazione delle forniture		N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%

7.G	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni. Relazione	100%	100%	100%
8.G	Ottimizzazione nella registrazione fatture	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Nota Direzione Amministrativa aziendale ASLSA-0018911-2025 del 23/01/2025	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	0	0	0
9.G	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

A fronte dei contenuti del presente piano, permane a base del processo di programmazione un principio di responsabilità individuale e collettiva rispetto agli obiettivi della complessiva performance aziendale, da perseguire con l'apporto e il coinvolgimento di tutti gli operatori, sulla base di una adeguata condivisione dei principi e dei valori sottesi, affinché il contenuto del presente documento divenga effettivo strumento di lavoro e di orientamento dei processi, dei comportamenti e delle azioni quotidiane di tutti.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Piano Triennale di Prevenzione
della Corruzione e Programma
Triennale della Trasparenza e
dell'integrità
2025 - 2027

2.3.1 Premessa

Il presente aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione (di seguito, PTPC), disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'ASL Salerno per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità.

Come noto, in data 6 agosto 2021 è stato convertito in legge il Decreto legge 9 giugno 2021 n. 80 con cui è stato introdotto il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)**, strumento nel quale è previsto che la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza costituisca parte integrante, insieme agli strumenti di pianificazione, di un documento di programmazione annuale unitario dell'ente chiamato ad adottarlo.

Pertanto, il presente Piano viene redatto in attuazione:

1. della Legge 6 novembre 2012, n. 190, ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
2. del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato dall'ANAC con delibera n. 7 del 17/01/2023 ed ai relativi allegati:
 - Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi;
 - Rotazione del personale;
 - Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
3. del documento "Sull'onda della semplificazione e della trasparenza – Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022 - 2024", approvato dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in data 2 febbraio 2022.

Il Piano, accoglie il concetto di corruzione nell'accezione più ampia prevista dal legislatore, volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione sono quindi più ampie della fattispecie penalistica disciplinata negli articoli 318, 319 e 319 ter del codice penale – ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari -, tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Con l'adozione del presente PTPC si intende fornire, *in primis*, ai Dirigenti Responsabili un adeguato strumento di strategia e programmazione da condividere e veicolare necessariamente a tutti i dipendenti e/o collaboratori per prevenire e contrastare all'interno dell'ASL ogni tipo di corruzione.

Anno 2022

Con Deliberazione n. 860 del 30. 06.2022 è stato nominato Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) il Dott. Gaetano Memoli.

Con Deliberazione n. 863 del 30.06.2022 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2022-2024" (PTPCT).

Anno 2023

Con Deliberazione n. 346 del 30.03.2023 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2023 - 2025" (PTPCT).

Anno 2024

Con Deliberazione n. 227 del 05/02/2024 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2024 - 2026" (PTPCT).

Anno 2025

Il PTPCT, inserito nell'ambito del PIAO 2025-2027 dell'ASL Salerno, successivamente alla sua adozione, viene pubblicato sul sito internet aziendale, nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione.

2.3.2 Obiettivi e azioni del piano

Il sistema organico di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012 prevede l'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione da realizzarsi mediante un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione.

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

Il PTPCT fornisce una valutazione del livello di esposizione delle amministrazioni al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il medesimo rischio ed è predisposto ogni anno entro il 31 gennaio.

Finalità del PTPCT è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tale riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende l'analisi del contesto – esterno ed interno –, la valutazione del rischio che, a sua volta, è suddivisa in:

- 1. identificazione;**
- 2. analisi;**
- 3. ponderazione e trattamento del rischio;**
- 4. identificazione e programmazione delle misure di prevenzione.**

Il presente PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

1. identificazione dei soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo, delle funzioni attribuite e delle relative responsabilità;
2. le misure di prevenzione della corruzione che, a loro volta, possono essere:
 - a. *generali*: incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione;
 - b. *specifiche*: incidono su problemi specifici, individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento (**Allegato 2** - "Catalogo dei Processi a rischio – anno 2024");

3. il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (**Allegato 3**).

2.3.3 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici che l'ASL Salerno intende perseguire per l'anno 2025 sono:

1. Promozione della formazione presso tutte le Strutture aziendali quale indispensabile strumento di miglioramento della qualità delle attività;
2. Implementazione del Piano formativo aziendale;
3. Applicazione dei contenuti previsti nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2025-2027;
4. Monitoraggio delle aree di rischio e azioni positive riferite agli eventi rischiosi mappati nel vigente PTPCT;
5. Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazioni prescritte dal Decreto 33/2013 e ss.mm.ii..
6. Revisione delle aree di rischio e mappatura dei relativi processi, secondo la metodologia prevista dall'ANAC, con riguardo alla gestione dei fondi europei anche alla luce della normativa in materia di PNRR. In proposito, con Deliberazione del DG n. 715 del 12/06/2023, la Asl Salerno ha adottato le "Linee Guida per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione del PNRR della ASL Salerno" che costituiscono la raccolta sistematica, alla data della proposta, di norme nazionali e regionali unitamente alle indicazioni operative per l'Azienda.

2.3.4 I soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione ed i loro compiti

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

- ✓ il Direttore Generale;
- ✓ il Responsabile della prevenzione della corruzione, della trasparenza e l'integrità;
- ✓ il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità;
- ✓ i dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto, UOC, UOSD, UOS;
- ✓ il Collegio Sindacale
- ✓ l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- ✓ l'UPD- Ufficio per i Procedimenti Disciplinari;
- ✓ la UOC Formazione e Aggiornamento;
- ✓ il DPO e Responsabile GDPR;
- ✓ i dipendenti ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

2.3.4.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

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

2.3.4.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità (RPCT)

- esercita la propria attività in osservanza a quanto previsto dall'allegato 3 al "*Piano Nazionale Anticorruzione 2022*" dell'ANAC, approvato il 17 gennaio 2023 con delibera n. 7. Il Nuovo Piano rafforza le misure del riciclaggio e del finanziamento del Terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs n.231/2007 (c.d. Decreto antiriciclaggio) e si pongono nella stessa di quelle di prevenzione e trasparenza, e sono la protezione del "Valore Pubblico";
- predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione;
- verifica l'attuazione del Piano, elabora le modifiche necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute, che impongono ulteriori adempimenti, e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC stessa;
- definisce percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità e individua, in accordo con i referenti, interventi di formazione specifica per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dall'Azienda (nei limiti di quegli incarichi ed uffici ove la rotazione è tecnicamente e logisticamente possibile, per la tipologia di competenze);
- vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile;
- cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
- programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività.

Il RPCT ha attualmente personale dedicato a svolgere le attività previste dalla normativa e richiamate nel presente Piano.

Il Dott. Gaetano Memoli è stato nominato RPCT dell'ASL Salerno con Delibera n. 860 del 30 giugno 2022.

2.3.4.3 Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità

In considerazione della complessità e numerosità degli adempimenti, delle problematiche affrontate dalla normativa relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e delle funzioni dell'ASL Salerno, potrà essere istituito un gruppo di lavoro di supporto all' RPCT nelle seguenti attività:

- redige atti di natura generale (regolamenti, circolari operative, ecc.);
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità e, eventualmente, della sua modifica;
- collabora nell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e di proposte delle relative misure di prevenzione;
- collabora alla definizione del piano di formazione annuale;

- monitora l'attuazione della conoscenza del Codice di Comportamento aziendale nelle varie articolazioni aziendali sulla base dei report trasmessi annualmente dai dirigenti responsabili delle stesse articolazioni aziendali (art. 15 co. 3, DPR 62/2013);
- collabora all'attività di controllo sul rispetto degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza (art. 43, co 1, D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.).

I partecipanti al gruppo di lavoro relazioneranno, almeno con cadenza annuale, al Responsabile Prevenzione della Corruzione sull'attività svolta, su eventuali criticità e proposte di miglioramento relative alla prevenzione della corruzione e alla Trasparenza amministrativa.

2.3.4.4 I Dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto Socio-Sanitario, Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Unità Operativa Semplice

- forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- controllano costantemente le attività più esposte al rischio di corruzione svolte nella struttura cui sono preposti;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione;
- osservano le misure contenute nel PTPCT.

2.3.4.5 Il Collegio Sindacale

- verifica l'amministrazione dell'ASL sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche su quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.

2.3.4.6 L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

- partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte, attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione (cfr. PNA);
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- esprime parere sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda;
- assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, attribuendo rilevanza al rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio;
- verifica, in particolare, l'assolvimento degli obblighi di vigilanza e controllo da parte dei dirigenti sull'attuazione e sul rispetto del Codice di Comportamento, prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale;
- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

2.3.4.7 UPD - Ufficio per i Procedimenti disciplinari

- collabora con il RPCT alla predisposizione del Codice di Comportamento;

- vigila sull'applicazione del codice di comportamento aziendale;
- cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione del codice di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento;
- può chiedere all'Autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del codice di comportamento

Con Delibera n. 173 del 05/02/2021, è stato approvato il Regolamento di funzionamento dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'ASL Salerno.

Anno 2023

Con Deliberazione del DG n. 40 del 20/01/2023 sono stati nominati e designati i nuovi componenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ad integrazione delle Deliberazioni n. 173 del 02/02/2021 e n. 1496 del 29/12/2021.

Con Deliberazione del DG n. 750 del 15/06/2023 si è provveduto a nominare il nuovo Presidente di ciascuna delle tre Aree Contrattuali (Comparto, Dirigenza Sanitaria e Dirigenza Area Funzioni Locali).

Con Deliberazione del DG n. 883 del 05/07/2023 l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) aziendale è stato integrato e, ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, con i Pediatri di Libera Scelta e con gli Specialisti ambulatoriali - triennio 2016/2018 - ratificati il 28/04/2022, è stato ri-denominato in "Ufficio Procedimenti Disciplinari per il personale Convenzionato (U.P.D.C.)"

Anno 2024

Con Deliberazione del DG n. 1748 del 18/11/2024 è stata effettuata l'Integrazione Componente Commissione per l'Area Dirigenza Sanitaria.

2.3.4.8 La UOC Formazione e Aggiornamento

- cura la realizzazione delle iniziative di formazione previste dal presente piano e dal programma per la trasparenza.

2.3.4.9 I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- prestano la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione;
- osservano le misure contenute nel presente piano;
- segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e inserite nel PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti, sia dal personale del comparto che della dirigenza, nonché da tutti i collaboratori a qualsiasi titolo.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1 comma 14 Legge n. 190/2012).

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti. È fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo della reputazione.

2.3.4.10 Gli Stakeholders

L'Azienda promuove forme di consultazione, con il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, del cui esito occorre tenere conto in sede di elaborazione del PTPCT e di valutazione della sua adeguatezza, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento.

2.3.4.11 Nomine legate alle attività di prevenzione

Specifiche nomine collegate alle attività di prevenzione della corruzione:

- ***Nomina Responsabile Prevenzione della corruzione e della trasparenza***

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza è il Dott. Gaetano Memoli (Delibera n. 860 del 30.06.2022).

- ***Nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante – RASA***

Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) è la Dott.ssa Vanessa Mazziotti, Direttore della UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato.

- ***Nomina del "Gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio*** (come previsto dalla Deliberazione n. 65 del 18.01.2021);

- ***Nomina del Responsabile per la transizione digitale, art. 17 D. Lgs. n. 82 del 07.03.2005 e s.m.i. (codice dell'amministrazione digitale)***

Il Responsabile per la transizione al digitale (RTD) è il Dott. Vito Gianni (Delibera n. 1397 del 22.12.2020), Direttore della UOC Servizio Informativo Aziendale.

Con Deliberazione n. 65 del 18.01.2021 è stato adottato il *"Regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo"*. La normativa antiriciclaggio ha lo scopo di contrastare la circolazione del denaro proveniente da azioni illegali, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni che si sostanziano, in via generale, nel divieto o nella limitazione all'uso dei contanti, nell'obbligo di identificazione e verifica dell'identità del cliente e del titolare effettivo dello svolgimento delle operazioni previste in materia di antiriciclaggio, nella corretta ed ordinata conservazione dei dati raccolti, nella segnalazione delle operazioni sospette, nell'attività di formazione specifica del personale.

Il regolamento intende fornire le opportune indicazioni di comportamento nell'ambito dei processi aziendali dell'ASL Salerno, di competenza delle varie UU.OO. interessate, finalizzate al contrasto dei fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminosi e di finanziamento del terrorismo.

Con Delibera n. 1397 del 22.12.2020, è stato nominato il Responsabile per la transizione digitale. Il processo di riforma avviato dal D. Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. (Codice dell'Amministrazione digitale), pone in capo ad ogni amministrazione pubblica la funzione di garantire l'attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione, centralizzando in capo ad un ufficio unico il compito di conduzione del processo di transizione alla modalità operativa digitale ed altresì dei correlati processi di riorganizzazione, nell'ottica di perseguire il generale obiettivo di realizzare un'amministrazione digitale aperta, dotata di servizi facilmente utilizzabili e di qualità attraverso una maggiore efficienza e qualità.

- **Nomina del Data Protection Officer e Responsabile GDPR**

Con decreto del Commissario Straordinario n. 1 del 1/08/2019 questa Azienda ha proceduto alla Designazione del Responsabile della Protezione dei Dati personali (RDP) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679.

Nell'ottica di una sempre più ampia digitalizzazione della PA, nel corso dell'anno 2023 è stato affidato il "Servizio di Consulenza alla corretta applicazione del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (GDPR)" al fine di fornire adeguato supporto tecnico specialistico al DPO aziendale, con riferimento agli strumenti tecnologici necessari all'esecuzione delle funzioni richieste dal GDPR quali la *Compliance Check*, la DPIA (*Data Protection Impact Assessment*), *Data Breach* (cfr. Deliberazione del DG n. 1419 del 23.10.2023).

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) della A.S.L. Salerno è la Scudo Privacy s.r.l., nella persona dell'avv. Sarah Masato. Indirizzo posta elettronica: dpo@scudoprivacysrl.com

Anno 2024

Con Deliberazioni del Direttore Generale n. 1685 del 07/11/2024 e n. 1903 del 13/12/2024 questa Azienda ha rispettivamente adottato il nuovo Protocollo aziendale privacy che disciplina le modalità procedurali aziendali per la notifica delle violazioni dei dati personali, in conformità a quanto stabilito dagli artt. 33-34 del regolamento UE 2026/679 ed ha approvato la Policy "*informazioni privacy per gli utenti e i pazienti*", al fine di fornire al personale dipendente e/o ai soggetti che, a qualunque titolo, devono procedere alla somministrazione delle informazioni privacy al soggetto interessato (utente/paziente) idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del GDPR, sulle corrette modalità di raccolta e trattamento dei dati personali c.d. comuni ex art. 6 GDPR e/o dati rientranti nella particolare categoria di dati ex art.9 GDPR.

2.3.5 Collegamento con il Piano delle Performance aziendali

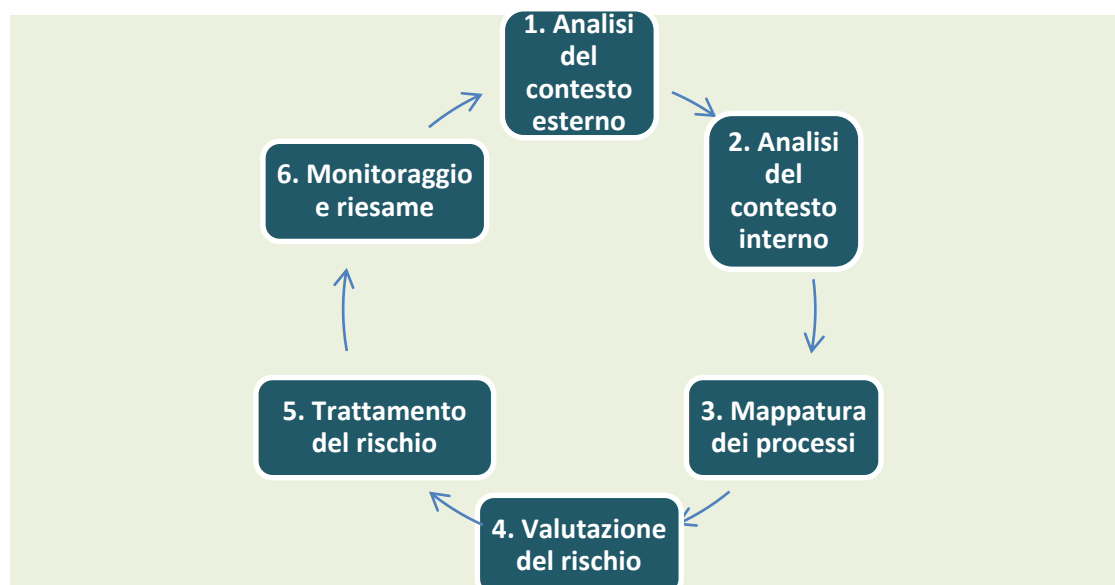
L'efficacia delle attività di prevenzione e contrasto della corruzione che l'ASL Salerno pone in atto dipende dal coinvolgimento e dalla collaborazione di tutti i dipendenti dell'Azienda. Per tale ragione è necessario che il contenuto del Piano sia coordinato con gli altri strumenti di programmazione strategica e operativa aziendale, individuando i collegamenti tra obiettivi definiti nel PTCPT e gli obiettivi strategici definiti dal Piano

delle Performance 2025–2027 e, più in generale, con gli ulteriori documenti di programmazione contenuti nel PIAO 2025-2027.

2.3.6 Il processo di gestione del rischio di corruzione

L'ANAC fornisce una serie di indicazioni metodologiche e articola il **processo di gestione del rischio di corruzione** nelle seguenti fasi:

1. *analisi del contesto esterno;*
2. *analisi del contesto interno;*
3. *mappatura dei processi;*
4. *valutazione del rischio;*
5. *trattamento del rischio;*
6. *monitoraggio e riesame.*



2.3.6.1 L'analisi del contesto

Attraverso l'analisi del contesto, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare i rischi corruttivi che lo caratterizzano, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (*contesto esterno*), sia alla propria organizzazione ed attività (*contesto interno*).

2.3.6.1.1 Il contesto esterno

L'analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio o del settore specifico di intervento, nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

In altri termini, la disamina delle principali dinamiche territoriali o settoriali e influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione può essere sottoposta costituisce un passaggio essenziale nel valutare se, e in

che misura, il contesto territoriale o settoriale di riferimento incida sul rischio corruttivo e conseguentemente nell'elaborare una strategia di gestione del rischio adeguata e puntuale.

Da un punto di vista operativo, l'analisi del contesto esterno è riconducibile sostanzialmente a due tipologie di attività:

- l'acquisizione dei dati rilevanti;
- l'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

La scelta dei dati da utilizzare per realizzare l'analisi del contesto esterno deve essere ispirata a due criteri fondamentali:

- la rilevanza degli stessi rispetto alle caratteristiche del territorio o del settore;
- il bilanciamento delle esigenze di completezza e sintesi, dal momento che l'amministrazione dovrebbe reperire e analizzare esclusivamente i dati e le informazioni utili a inquadrare il fenomeno corruttivo all'interno del territorio o del settore di intervento.

A tal fine può rivelarsi utile che nel PTPCT venga fornita evidenza specifica di come l'analisi di contesto esterno abbia portato elementi utili alla rilevazione di aree di rischio da esaminare prioritariamente, alla identificazione di nuovi eventi rischiosi, alla elaborazione di misure di prevenzione specifiche.

2.3.6.2 Le metodologie di misurazione della corruzione

La misurazione della corruzione è diventata una questione molto attuale. Misurare la corruzione è molto difficile e non esiste una strategia priva di lacune o margini di errore.

Le principali strategie di misurazione attualmente utilizzate possono essere classificate in:

- **misure giudiziarie** – sono relative a statistiche giudiziarie (denunce, arresti o condanne). Questa strategia si riferisce alla corruzione definita con criterio legalistico, relativa a un'esperienza diretta del fenomeno e riguarda la corruzione che si è già manifestata. Hanno il vantaggio di essere oggettive e dettagliate. Gli svantaggi sono legati alla loro scarsa utilità ai fini della prevenzione, dal momento che si riferiscono ad un fenomeno più ristretto dell'integrità e sono elaborate con un notevole ritardo temporale dall'evento, dipendono dall'efficienza del sistema giudiziario e dalla fiducia che i cittadini hanno nel sistema giudiziario e nelle forze dell'ordine.
- **misurazioni basate sulla percezione** – si basano sull'utilizzo di indici globali di percezione della corruzione. Hanno il vantaggio di essere comparabili a livello internazionale, rilevare degli aspetti importanti per le politiche di prevenzione e promozione dell'integrità. Gli svantaggi sono legati al fatto che le percezioni possono cambiare rapidamente senza alcun fondamento oggettivo, sono condizionate a livello locale dalle differenti interpretazioni e schemi culturali di che cosa costituisca effettivamente la corruzione, sul fatto che alcune persone possono non avere una valida base conoscitiva ed esperienziale per esprimere la propria percezione.
- **misurazioni basate sull'esperienza** – si basano sull'utilizzo di indici che rilevano l'esperienza diretta degli intervistati (e non la percezione) di episodi di corruzione. Queste misure hanno tutti i vantaggi delle misure percettive, ma ne contengono fortemente i limiti.

Per quel che riguarda le novità intervenute a partire dall'anno 2023 relative al contesto esterno, occorre prestare particolare attenzione agli effetti legati all'applicazione del *"Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"*,

sia a quelli legati alla entrata in vigore delle norme previste dal D. Lgs. 36/2023 “*Nuovo codice dei Contratti pubblici*” che incidono sulle attività poste in essere dalle Aziende Sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Proprio con riguardo a quest’ultimo settore, il PNA 2022 ha fornito significativi aggiornamenti in merito alle pubblicazioni di dati e documenti nella sottosezione denominata “*Bandi di gara e contratti*” della sezione “*Amministrazione Trasparente*”.

Le disposizioni inerenti a tale sottosezione, contenute nell’Allegato n. 9 dello stesso PNA, sostituiscono infatti l’allegato 1) alla delibera ANAC 1310/2016 e l’allegato 1) alla delibera ANAC 1134/2017.

Vengono indicate 21 categorie di pubblicazione, volte a fungere da **presidi di prevenzione** della corruzione, e a bilanciare, con una maggiore **trasparenza**, le **deroghe alla legislazione** ordinaria in materia di contratti pubblici, conseguenti alla pandemia. Tali **obblighi di pubblicazione** si inseriscono in un più ampio quadro di programmazione e monitoraggio degli obiettivi strategici relativi alle misure anticorruzione e alla trasparenza delineato da ANAC e risentono al contempo del mutato contesto normativo.

Per quanto riguarda la **trasparenza dei contratti** pubblici, ANAC è intervenuta anche sulle modalità di pubblicazione: i dati non dovranno più essere pubblicati sui portali dedicati in ordine temporale di emanazione, ma ordinando sistematicamente le pubblicazioni **per specifico appalto**, in modo che il cittadino possa conoscere l’intera evoluzione di ciascun contratto pubblico.

Per ciò che riguarda la trasparenza nei contratti finanziati **con fondi PNRR**, il PNA rileva che gli specifici e ulteriori obblighi di pubblicazione degli atti legislativi adottati e degli atti amministrativi emanati per l’attuazione della misura di riferimento, sono stati previsti (in apposito allegato alla circolare n. 9 del 10 febbraio 2022 del MEF-RGS “Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR”) esclusivamente in capo alle amministrazioni centrali titolari degli interventi, mentre analoghi obblighi aggiuntivi non riguardano espressamente i Soggetti Attuatori (tra cui, regioni, province ed enti locali).

Per quest’ultimi, si chiarisce che resta comunque fermo l’obbligo di rispettare le disposizioni del Decreto Trasparenza (D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.) e che, qualora lo ritengano utile, in piena autonomia possono comunque pubblicare dati ulteriori relativi alle misure del PNRR in una apposita sezione del proprio sito istituzionale, secondo le medesime modalità stabilite per le amministrazioni centrali titolari di interventi, e avendo cura di organizzare le informazioni, i dati e documenti in modo chiaro e facilmente accessibile e fruibile al cittadino, evitando una parcellizzazione delle relative informazioni.

I principali settori definiti a rischio sono:

1. Appalti e Contratti Pubblici – Com’è noto, la disciplina in materia è stata innovata dal D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 “*Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici*”, intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che, come indicato nel PNA 2022, presenta profili di complessità per via delle numerose disposizioni derogatorie via via introdotte.

Possibili soluzioni:

- **Rispetto del principio di rotazione, di semplificazione, di trasparenza e di favor participationis** – anche mediante l'utilizzo e il costante aggiornamento degli elenchi degli operatori¹.

Anno 2024

L'Azienda, giusta Deliberazione del DG n. 1337 del 30/08/2024 si è dotata della piattaforma digitale certificata "Appalti & Contratti" attraverso la quale si è istituito l'elenco degli operatori economici per l'espletamento di procedure negoziate per l'affidamento di lavori e servizi di ingegneria ed architettura, in ossequio a quanto previsto dall'art. 50 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii.. Tale elenco è stato approvato giusta Deliberazione del DG n. 1872 del 05/12/2024.

- **Processi contrattuali trasparenti** - Procedure contrattuali aperte e rese trasparenti in modo tempestivo (ad es. il portale CONSIP) consentono di individuare più facilmente e rapidamente i casi che meritano controlli più approfonditi, lasciando a corrotti e corruttori meno spazio di manovra.
La previsione della pubblicazione sui siti istituzionali dei nominativi degli operatori consultati nell'ambito delle procedure di servizi, forniture e lavori, assicura un sempre più pregnante controllo collettivo deterrente e fornisce un ulteriore impulso all'informatizzazione delle procedure.

Anno 2024

In considerazione dell'avvio della piena digitalizzazione dei Contratti Pubblici, a partire dal 01/01/2024, in ottemperanza a quanto previsto dalle Delibere ANAC n. 261 e n. 264 del 20/06/2023 e successivi aggiornamenti, si è provveduto ad autorizzare il personale individuato afferente alle Strutture Aziendali che si occupano di appalti di lavori, beni e servizi alla diretta pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" – nella specifica sezione "Bandi di gara e contratti".

- **Misure di controllo e di monitoraggio** - mediante verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedurali, con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR, ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità degli affidamenti diretti fuori MePA per appalti di lavori, servizi e forniture.
- **Whistleblowing** - Efficaci sistemi di segnalazione interna sono in grado di mitigare il rischio di corruzione, ampliando la sfera del monitoraggio dei processi ai dipendenti delle strutture a rischio.

2. Gestione delle Entrate, delle Spese e del Patrimonio – La gestione e la distribuzione di materiali e dispositivi clinici non sono particolarmente a rischio di corruzione.

Ad oggi, come già individuato dal PNA le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione, quale ad esempio quello di ritardare l'erogazione dei compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte, o non fatturare attività svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette e veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori. Da ultimo, l'utilizzo dei fondi e delle risorse collegati al PNRR ha determinato un innalzamento del "rischio corruttivo" ed impone, di conseguenza, una gestione adeguata da parte degli uffici coinvolti nei diversi processi.

¹ In tal senso si veda comunicato del Presidente ANAC del 13 settembre 2023.

Possibili soluzioni:

- **Puntualità nei pagamenti** – occorre disporre di un flusso di cassa sano e della liquidità necessaria per la gestione ordinaria delle operazioni commerciali.
- **Buona gestione, controllo e corretta rendicontazione dei progetti PNRR** – rispetto degli obblighi in materia di comunicazione di informazione e di rendicontazione per rendere il più possibile accessibili e conoscibili gli stati di avanzamento dei progetti PNRR lungo tutte le varie fasi di esecuzione, fino al raggiungimento dei milestone previsti (cosiddetto pietre miliari o traguardi bloccanti).

Anno 2023

Al fine di sostenere l'attuazione delle misure del PNRR, la ASL Salerno, con le Linee Guida di cui alla Deliberazione del DG n. 715 del 12-06-2023 ha individuato i ruoli e le attività in capo alle Strutture Centrali della ASL Salerno e le specifiche progettualità insistenti sulle singole missioni del PNRR, secondo la seguente suddivisione:

U.O.C. Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali

- Missione 6, C1 – 1.1 – Case della comunità e presa in carico della persona;
- Missione 6, C1 – 1.2.2 – Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- Missione 6, C1 – 1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);
- Missione 6, C2 – 1.2 – Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile Fondi PNC.

U.O.C. Servizio Informativo aziendale

- Missione 6, C2 – 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I E II livello;
- Missione 1, C1 – 1.1 – Infrastrutture Digitali;
- Missione 1, C1 – 1.2 – Abilitazione e facilitazione migrazione al cloud.

U.O.S.D. Valutazione Tecnologie Sanitarie

- Missione 6, C1 – 1.2.2 – Case come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali- Device;
- Missione 6, C2 – 1.1.2 – Grandi Apparecchiature Sanitarie.

U.O.C. Formazione ed Aggiornamento

- Missione 6, C2 – 2.2.2 (b) – Sviluppo delle competenze tecniche-Professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere, figure professionali sanitarie e tecnico sanitarie impegnante nei processi di assistenza ospedaliera dipendenti delle aziende sanitarie pubbliche. Percorso misurabile attraverso un sistema milestone e target contenuti e modalità formative di cui all'allegato 5 del PNRR – Action Plan, M6 C2 – 2.2b;
- Missione 6, C2 – 3.2 – Iniziative finalizzate allo sviluppo delle competenze chiave dei dipendenti pubblici, a partire da quelle relative alla transizione digitale, ecologica, amministrativa.

Le fasi amministrativo-contabili (definizione dell'ordine interno per la codificazione contabile e pagamento delle fatture),

sono gestite dalla U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico-Gestionali.

Con la sottoscrizione dell'Accordo di Collaborazione tra la Regione Campania e l'ASL Salerno, il Direttore della U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico-Gestionali, è stato individuato come Referente Unico.

Anno 2024

Sempre al fine di garantire il monitoraggio delle attività connesse al PNRR, sono state condotte dalla Regione Campania specifiche attività finalizzate al controllo dello stato di attuazione degli interventi relativi al PNRR, anche mediante l'utilizzo della piattaforma Regis.

- **Controlli interni** – tempestività e puntualità nei controlli interni di regolarità amministrativa e contabile estesa ai controlli anti-frode, con particolare riguardo proprio ai finanziamenti derivanti dal PNRR.

L'Azienda si è dotata di un sistema informatico gestionale che consente – per la gestione delle entrate – di seguire dettagliatamente le diverse fasi dalla “rilevazione” del ricavo e del credito alla “contabilizzazione” ed al relativo incasso. In particolare, per il pagamento dei fornitori di beni e servizi rientranti nelle attività finanziate con fondi regionali e statali, prima di procedere al pagamento, oltre alla verifica mensile sulla congruità dei pagamenti, viene anche allegata al mandato una “richiesta di anticipazione”.

Inoltre, al fine di garantire il monitoraggio e la rendicontazione delle attività e di rendere l'utilizzo dei fondi conforme a quanto stabilito dalle procedure amministrativo/contabili nazionali e regionali, tenuto conto della dimensione e della complessità delle progettualità legata alla articolazione multilivello e spesso decentrata dell'Ente, questa Azienda ha adottato con Deliberazione n. 1839 del 29/12/2023 il “Regolamento per la gestione dei progetti finanziati con fondi extra aziendali”.

- **Trasparenza e accessibilità** – Pubblicare in modo immediato, aperto e gratuito tutti i dati che riguardano i beni patrimoniali in possesso della pubblica amministrazione, togliendo qualsiasi incentivo a corrompere chi può avere accesso ai dati.

3. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie - Il settore della ricerca insieme a quello della sperimentazione clinica è stato qualificato come ambito particolarmente esposto a rischi di fenomeni corruttivi. Più in particolare, nell'ambito delle sperimentazioni, le regole ordinarie sono derogate: i promotori (incluse le aziende farmaceutiche) possono pagare direttamente spese straordinarie a chi partecipa alla sperimentazione; i responsabili del trattamento dei dati possono autorizzare le condivisioni via internet di dati, riprese video e documenti per il monitoraggio delle sperimentazioni. I direttori delle farmacie ospedaliere possono autorizzare iper-prescrizioni per coprire intervalli più lunghi e disporre consegne tramite corrieri, mentre gli esami possono avvenire in strutture private non riconosciute.

Possibili soluzioni:

- **Disclosure dei clinical trials** - Pubblicare in modo immediato, aperto e gratuito tutti i dati sulle sperimentazioni e gli studi clinici in possesso della pubblica amministrazione, togliendo qualsiasi incentivo a corrompere chi può avere accesso ai dati.
- **Trasparenza nei processi decisionali** - Adozione di misure di prevenzione che possano coinvolgere i professionisti di area sanitaria ed amministrativa, nell'espletamento delle attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.
- **Trasparenza sulla spesa pubblica** - La trasparenza nei confronti dei cittadini è sempre necessaria. È essenziale che i meccanismi che regolano la scelta di questo o quell'investimento siano comprensibili e rispettino i principi applicabili in questo settore. Le decisioni pubbliche rilevanti sulle attività di ricerca e gestione della stessa, si articolano in quattro fasi: progettazione, valutazione dei progetti e loro finanziamento, svolgimento della ricerca, pubblicazione degli esiti.
Bisogna garantire ampia conoscibilità circa l'articolazione del ciclo di vita della ricerca, dalla progettazione alla pubblicazione degli esiti, evidenziando i passaggi ritenuti più critici, perché ritenuti particolarmente opachi o potenzialmente più esposti a situazioni di conflitto di interesse.

4. Traffico di Dati Clinici – La tutela della privacy, come ad esempio la GDPR, ovvero la General Data Protection Regulation si occupa di proteggere i dati dei pazienti e dei professionisti del settore sanitario. In Europa, infatti, la Carta Europea dei Diritti Umani prevede il rispetto di tutti i dati a carattere personale, e se i gestionali medici - che utilizzano quotidianamente un ampio volume di dati riguardanti i pazienti - non rispettano il GDPR è possibile andare incontro a diversi problemi legali.

Possibili soluzioni:

- **Disclosure dei clinical trials** - Pubblicare in modo immediato, aperto e gratuito tutti i dati sulle sperimentazioni e gli studi clinici in possesso della pubblica amministrazione, togliendo qualsiasi incentivo a corrompere chi può avere accesso ai dati;
- **Aumento della sicurezza informatica** - Individuare le misure di sicurezza tecnologiche per aumentare la tracciabilità dei dati, il controllo degli accessi e monitorare le attività dei dipendenti che hanno accesso ai dati. Ridurre e monitorare i soggetti che hanno accesso ai dati. (NB: ai fini di prevenire la corruzione, l'applicazione della prima misura rende superflua la seconda ed è molto più economica);
- **Predisposizione di un codice di comportamento ad hoc** - I codici di comportamento (o condotta) e le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi sono strumenti utili. Chi ha la possibilità di accedere a informazioni che possono dare vantaggi importanti deve sottoscrivere un codice di comportamento ad hoc che preveda sanzioni severe in caso di violazioni e adeguata pubblicità agli interessi personali.

2.3.6.2.1 Il contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere:

- il sistema delle responsabilità;
- il livello di complessità dell'amministrazione.

Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

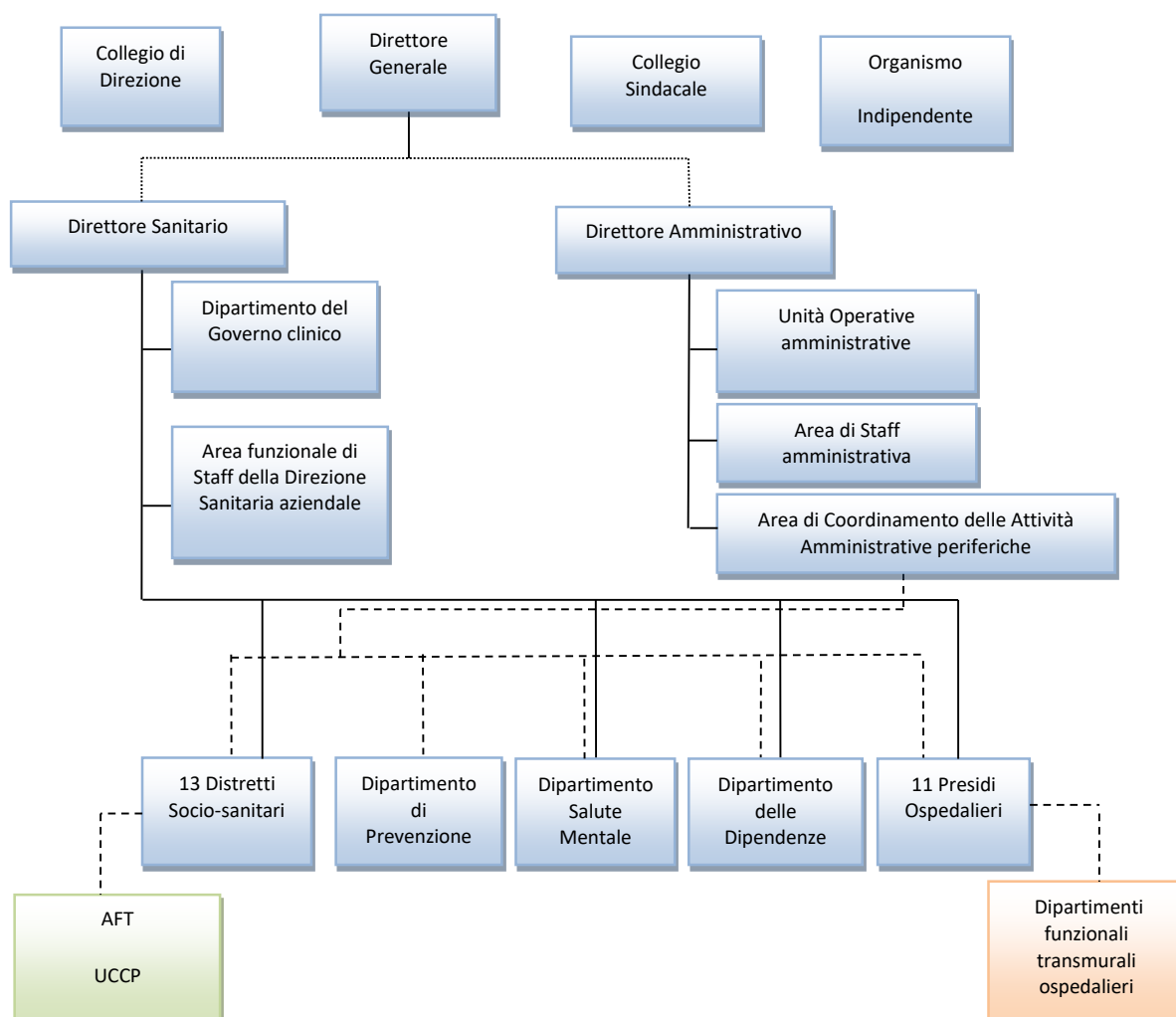
Anno 2023

Tenuto conto dell'articolazione dell'estensione territoriale della ASL Salerno, al fine di effettuare un più articolato monitoraggio sulle attività svolte (ad esempio da personale convenzionato e dalle strutture private accreditate che insistono sul territorio che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN, ecc.), con Deliberazione n. 425 del 13/04/2023 sono state adottate le *“Procedure aziendali di verifiche e controlli esterni per i Distretti Sanitari”*.

2.3.6.2.2 La struttura organizzativa

Il modello organizzativo dell'Azienda è sintetizzabile nello schema di seguito rappresentato:

ORGANIGRAMMA ASL SALERNO



Per una descrizione puntuale del contesto aziendale, si rinvia:

- all'Atto Aziendale dell'ASL Salerno adottato con Delibera del DG n. 1306 del 13/08/2024, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 461 del 12/09/2024. A tal proposito si segnala che in virtù di tale atto, è in corso di riorganizzazione l'assetto dell'Azienda.
- alla Carta dei Servizi dell'ASL Salerno;
- alle altre sezioni del PIAO.

2.3.6.3 La mappatura dei processi

Consiste nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi. La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione, e comprende l'insieme delle tecniche

utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

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

Gli elementi utili per la descrizione di un processo sono:

- elementi di ingresso che innescano il processo – input;
 - risultato atteso del processo – output;
 - sequenza di attività che consente di raggiungere l'output – le attività;
 - momenti di sviluppo delle attività – le fasi;
 - responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
 - tempi di svolgimento;
 - vincoli;
 - risorse e interrelazioni;
 - criticità.
3. **Rappresentazione del processo** – esistono a riguardo diverse modalità di rappresentazione, tra cui la rappresentazione grafica e quella tabellare.

La legge 190/2012 e i Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti dal 2013 ad oggi, individuano alcune aree che, in base all'esperienza nazionale ed internazionale, sono da ritenersi ricorrenti nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Queste aree sono state via via integrate ed aggiornate e sono state classificate in obbligatorie, generali e specifiche².

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

- Acquisizione e gestione del personale;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Attività di vigilanza, controllo, ispezione;
- Attività Legale e Procedimenti sanzionatori;
- Attività libero professionali e liste di attesa;
- Contratti pubblici;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Gestione fondi PNRR e fondi strutturali;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;

² La Tabella 3 "Elenco delle principali aree di rischio" dell'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" al PNA 2019, contiene la sintesi più aggiornata delle aree di rischio suddivise per Amministrazioni ed Enti interessati, tra cui le Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, le definizioni delle aree di rischio ed i principali riferimenti normativi.

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

Anni 2023

Le fasi di mappatura dei processi, valutazione del rischio e trattamento del rischio sono state inserite tra gli obiettivi strategici da perseguire.

Anno 2024

Sono state predisposte dai Direttori delle Funzioni Centrali – ognuno per la propria parte di competenza – relazioni annuali sul rispetto delle misure in materia di anticorruzione e trasparenza, al fine di evidenziare eventuali criticità e di apporre correttivi e implementare idonee misure anticorruptive.

2.3.6.4 La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione dei rischi di eventi corruttivi finalizzata ad individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive (*trattamento del rischio*).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- ✓ **l'identificazione del rischio**, con 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; tale fase deve portare con gradualità alla creazione di un "*Registro degli eventi rischiosi*" nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione;
- ✓ **l'analisi del rischio**, con il duplice obiettivo, da un lato, di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, e, dall'altro lato, di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è quindi necessario:
 - a) scegliere l'approccio valutativo, accompagnato da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi;
 - b) individuare i criteri di valutazione;
 - c) rilevare i dati e le informazioni;
 - d) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato;
- ✓ **la ponderazione del rischio**, con lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e 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 possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (*key risk indicators*) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione del singolo processo o delle sue attività. Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori, si

perviene ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, allo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento).

A titolo esemplificativo, le fonti informative utilizzabili per l'identificazione degli eventi rischiosi sono costituite da:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es. *internal audit*) laddove presenti;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT);
- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa.

2.3.6.5 Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione, la progettazione e la programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato mediante le attività propedeutiche sopra descritte.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e la loro stabilità nel tempo. Le misure specifiche, che si affiancano ed aggiungono alle misure generali di trasparenza, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su problemi peculiari.

Il trattamento del rischio dovrà quindi avvenire mediante:

- a) individuazione delle misure generali e specifiche, verificando:
 - la presenza e l'adeguatezza di misure generali e/o di controllo pre-esistenti, valutandone il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio nonché la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio stesso;
 - adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
 - graduazione delle misure rispetto al livello di esposizione;
- b) programmazione delle misure generali e specifiche, ossia individuazione delle fasi (e/o modalità) di attuazione della misura, delle tempistiche e delle responsabilità connesse all'attuazione stessa e degli indicatori di monitoraggio.

2.3.6.6 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio, finalizzata a verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione individuate nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, consentendone le eventuali modifiche necessarie.

A riguardo, si possono distinguere due sottofasi:

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

2.3.7 Le misure generali di prevenzione della corruzione

2.3.7.1 Il codice di comportamento

Nell'ambito delle misure di prevenzione del PTPCT, i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare la condotta dei funzionari orientandole alla migliore cura dell'interesse pubblico.

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

L'adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione, perseguita a livello di amministrazione decentrata attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione, elaborato in stretta sinergia con esso.

Gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue, sono infatti coniugati in misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) nonché in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

Anno 2014

L'ASL Salerno ha approvato il proprio codice di comportamento con Delibera n. 336 del 24 marzo 2014.

Anno 2020

Con Delibera n. 1283 del 30.11.2020, è stato aggiornato e adottato, in via preliminare, un nuovo Codice di Comportamento dell'ASL Salerno.

L'aggiornamento è stato reso necessario a seguito delle Delibere ANAC n. 358 del 29.03.2017 "*Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*" e n. 177 del 19 febbraio 2020 "*Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche*", che hanno introdotto significativi elementi di novità nella composizione dei codici.

Il Codice è stato approvato preliminarmente ed è stato sottoposto a procedura aperta alla partecipazione pubblica.

Anno 2021

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 426 del 07.04.2021, è stato approvato in via definitiva il nuovo “Codice di Comportamento dell’ASL Salerno”.

Il Codice è pubblicato in “Amministrazione Trasparente » Disposizioni generali » Atti generali » Codice disciplinare e codice di condotta” ed liberamente fruibile al seguente link

https://aslsalerno.etrasparenza.it/pagina766_codice-disciplinare-e-codice-di-condotta.html

Anno 2022

È stato attivato uno specifico corso di formazione FAD “La diffusione del Codice di Comportamento all’interno della PA e gli obblighi del dipendente pubblico” messo a disposizione del personale dipendente dell’ASL anche in forma obbligatoria.

Anno 2023

E’ stato predisposto il nuovo regolamento di adozione del Codice di comportamento alla luce dell’entrata in vigore del D.P.R. n. 81 del 14 Luglio 2023.

Le principali novità introdotte riguardano:

- ✓ Utilizzo delle tecnologie informatiche
- ✓ Utilizzo dei mezzi di informazione e dei Social Media
- ✓ Rapporti con il pubblico
- ✓ Comportamento dei Dirigenti
- ✓ Formazione

Anno 2024

Tenuto conto della dell’entrata in vigore del D.P.R. n. 81 del 14 luglio 2023 (Nuovo Codice di Comportamento), è stata prevista l’implementazione di Corsi di Formazione rivolti al personale della ASL.

Anno 2025

Nel corso del anno 2025 l’ASL Salerno provvederà all’adozione definitiva del regolamento al fine di assicurare il completo adeguamento delle disposizioni interne a quanto previsto dal D.P.R. 81/2023.

2.3.7.2 Le misure di disciplina del conflitto di interessi

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell’interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l’amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il conflitto può essere:

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

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

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

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

Rappresentano casi di conflitto di interessi:

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'ASL, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'ASL, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti ASL, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumento all'immagine dell'ASL, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 29/2013 o da altre disposizioni di legge (inconferibilità e incompatibilità);
- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D.lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"³, presentano una situazione di conflitto di interessi.

³ Secondo il Comma 6 D.lgs. 165/2001, gli incarichi che rientrano nelle ipotesi di deroga sono:

- a) la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- b) la utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- c) la partecipazione a convegni e seminari;

- In generale, tutti gli incarichi che per la natura o l'oggetto dell'incarico possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

Come ulteriore misura di contrasto al conflitto di interessi, l'**ASL Salerno** inserisce negli schemi di Deliberazione e di Determinazione Dirigenziale una clausola di stile, sottoscritta dal dirigente che propone l'atto deliberativo o che adotta la determinazione che esprime un richiamo generale all'osservanza di tutte le disposizioni previste dalla L. 190/2012 e ss.mm.ii. e che richiama il rispetto dell'art. 6 bis della L. 241/90 e degli artt. 6 e 7 del DPR n.62/2013.

L'assenza di conflitto di interesse viene, altresì, dichiarata in sede di costituzione di commissioni di gara per l'area di rischio Contratti Pubblici e per i conflitti di interesse nei processi di *e-procurement* in sanità, aumentando il grado di sensibilizzazione di tutti gli operatori che a diverso titolo partecipano alle diverse fasi del processo di approvvigionamento (ad. esempio DEC, RUP e personale tutto assegnato alle strutture competenti).

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

A completamento della disciplina generale, il legislatore prima con l'art. 42 del D. Lgs n. 50/2016 e successivamente con l'art. 16 del Nuovo Codice Appalti (D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii) ha dettato disposizioni specifiche volte ad accertare in modo puntuale l'ipotesi in cui il conflitto di interessi insorga nell'ambito delle procedure di appalto stabilendo che *"si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione"*.

Tale disciplina si applica:

- ai contratti di appalto e concessioni pubbliche, sopra o sottosoglia nei settori ordinari e speciali sia nella fase di gara che in quella esecutiva,
- a tutti i soggetti che intervengono in qualsiasi fase della procedura di affidamento e di esecuzione con compiti funzionali che implicino esercizio della funzione amministrativa (con esclusione di mansioni meramente materiali o di ordine (cfr., Relazione illustrativa del Consiglio di Stato al Codice, nonché PNA 2022 ANAC).

- d) incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- e) incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
- f) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- f-bis) attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica.

Anno 2024

L'ASL Salerno, in attuazione di quanto previsto dall'ANAC nel PNA 2022, nell'ambito dell'attività periodica di vigilanza e monitoraggio sulla effettiva attuazione e sull'adempimento delle misure volte al contrasto della corruzione in materia di contratti pubblici, ha elaborato ed inviato a tutte le strutture interessate un esempio di modello di dichiarazione per individuare anticipatamente possibili ipotesi di conflitto di interessi del personale inserito e coinvolto nei processi di acquisizione di beni, lavori e servizi, quale RUP, quale punto istruttore e punto ordinante. (cfr. nota RPCT prot. 0217491 -2024). Tale dichiarazione di assenza di conflitto di interessi deve essere resa all'atto di assegnazione all'Ufficio ed aggiornata per ciascuna procedura di gara (compresa la fase esecutiva) con informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento.

2.3.7.3 Inconferibilità/Incompatibilità di incarichi

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi, assumono particolare rilievo le disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extra ufficio dei dipendenti pubblici, discendenti dal peculiare dovere di esclusività del rapporto di lavoro alle dipendenze della P.A, ponendoli al riparo, dunque, da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Le disposizioni tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. La legge ha anche valutato, in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento non imparziale dell'attività amministrativa, costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

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

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

Come precisato dalla Delibera n. 149/2014, n. 1146/2019 e n. 1201/2019 dell'ANAC e dalla sentenza della III sezione del Consiglio di Stato n. 5583/2014, *"le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario"*. Le relative dichiarazioni sono acquisite annualmente ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 e pubblicate nella sezione *"Amministrazione Trasparente"* del sito Internet Istituzionale.

A gennaio 2023, l'ANAC è intervenuta nuovamente sulla materia di che trattasi, elaborando una *"Guida all'applicazione della legge nei casi di incompatibilità e inconferibilità"*,

2.3.7.4 Formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici

Per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale vi è il divieto:

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

2.3.7.5 Gli incarichi extraistituzionali

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolamentata dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001, che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri di ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

A tale possibilità si aggiunge quella espressamente prevista dal CCNL Funzioni Locali (Contratto Collettivo Nazionale Di Lavoro Relativo Al Personale Dell'area Delle Funzioni Locali Triennio 2016 – 2018), secondo cui, ad esempio, i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo possono svolgere attività di consulenza da esercitarsi al di fuori dell'impegno di servizio, qualora ciò sia richiesto da Aziende terze⁴.

Le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

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

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

⁴ Cfr. Capo V, artt. 84 e 85, CCNL Contratto Collettivo Nazionale Di Lavoro Relativo Al Personale Dell'area Delle Funzioni Locali, Triennio 2016 – 2018.

Anno 2024

Da ultimo, con Deliberazione del DG n. 1309 del 13/08/2024 è stato adottato il "*Regolamento recante la definizione dei criteri per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività extra officio al personale dipendente appartenente alle Professioni Sanitarie*".

2.3.7.6 Divieti post-employment (Pantouflage)

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

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

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione.

Ai sensi, inoltre, dell'art. 21, del d.lgs. 39/2013 e come ribadito dal richiamato Approfondimento del PNA 2022-24, i divieti di cui al comma 16-ter dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 sono riferiti anche ai soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al predetto articolo "ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni ed esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico"⁵.

La materia del *pantouflage* è stata oggetto di numerosi interventi giurisprudenziali, oltreché di decisioni dell'Autorità⁶, (cfr., parere N. UVCAT n. 969/2023)

Per quanto attiene i poteri di ANAC in materia, il PNA 2022 precisa che alla stessa tocchino poteri consultivi e di vigilanza. Il Consiglio di Stato, con sentenza n. 7411 del 29/10/2019 ha definitivamente stabilito la

⁵ Al riguardo, si evidenzia che ai sensi dell'art. 1, comma 7-quater, del d.l. 80/2022, inserito dall'all'art. 31, comma 1, lett. a), d.l. 6 novembre 2021, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla l. 29 dicembre 2021, n. 233, al fine di incentivare il reclutamento delle migliori professionalità per l'attuazione dei progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), per i professionisti assunti a tempo determinato per l'espletamento delle relative attività non si applicano i divieti di cui all'articolo 53, comma 16-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

⁶ In tal senso, si vedano anche la Relazione al Parlamento sull'attività svolta dall'Anac nel 2021 Camera dei Deputati – 23 giugno 2022; aggiornamento al PNA 2022; Delibera N. 225 dell'11 maggio 2022; Atto del Presidente del 13 settembre 2023-Fasc.2784.2023.

competenza dell'ANAC in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di pantouflage previste dall'art.53, c.16-ter, del d.lgs. 165/2001, assegnandole anche poteri sanzionatori ed in esito all'accertamento di una situazione di pantouflage ad assicurare la nullità dei contratti sottoscritti dalle parti nonché l'adozione delle conseguenti misure sanzionatorie. Anche la Corte di cassazione, chiamata a giudicare su un ricorso, con la sentenza del 25 novembre 2021 ha confermato la sussistenza in capo ad ANAC dei poteri di vigilanza e sanzionatori in materia di pantouflage.

Anno 2025

Nel corso dell'anno saranno fornite ulteriori indicazioni operative anche tramite la diffusione di Linee Guida e circolari, al fine di evitare che il personale possa incorrere in situazioni integranti il divieto in questione.

2.3.8 La formazione nell'ambito del PTPCT

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

Pertanto, il RPCT individua, in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane e con l'Organo di indirizzo, i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi.

Si segnalano di seguito alcuni eventi formativi di carattere generale organizzati dall'ASL SALERNO.

Anno 2022 - 2023

Corso di formazione FAD *"La diffusione del Codice di Comportamento all'interno della PA e gli obblighi del dipendente pubblico"* messo a disposizione del personale dipendente dell'ASL anche in forma obbligatoria; *"Il codice dei Contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi"* rivolto al personale con Funzioni di RUP.

È stata prevista la continuazione del predetto corso in modalità FAD *"Il codice dei Contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi"* rivolto al personale con Funzioni di RUP.

Inoltre è stata segnalata al personale dipendente la possibilità di fruizione sulla piattaforma nazionale pianoformazionerup.org del corso gratuito *"il RUP secondo il nuovo contratto sugli appalti"* in modalità FAD. Inoltre il personale è stato coinvolto nel corso *"Intelligenza artificiale, pubblica amministrazione e anticorruzione"* tenutosi in presenza presso l'Università degli Studi di Salerno in data 06/10/2023.

Tenuto conto della dell'entrata in vigore del D.P.R. n. 81 del 14 luglio 2023 (Nuovo Codice di Comportamento), è prevista l'implementazione del Corso di Formazione FAD *"La diffusione e la condivisione del Codice di Comportamento interno nelle Aziende Sanitarie Locali e gli obblighi del dipendente pubblico"*, già attivato nel 2022 e rivolto al personale della ASL.

È, altresì prevista l'implementazione del Corso di Formazione FAD dal titolo *"Il codice dei contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi"*, rivolto al personale dell'ASL con funzioni di RUP, anche alla luce delle nuove disposizioni normative introdotte con il D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii..

Anno 2024

È stata attivata inoltre la formazione digitale rivolta ai dipendenti della Pubblica Amministrazione tramite il *"Progetto Syllabus"*, finalizzato anche all'acquisizione e allo sviluppo di competenze digitali dei dipendenti.

Inoltre è stato organizzato un Corso di formazione obbligatorio rivolto a tutto il personale dipendente, denominato *“Privacy nella sanità: tra principi generali e applicazioni pratiche”*, con l’obiettivo di fornire le nozioni principali sul tema della protezione dei dati personali ai sensi del regolamento Europeo UE n. 679/2016 (GDPR), con un particolare approfondimento sul tema della protezione dati personali in ambito sanitario, erogato sia in presenza che in modalità FAD asincrona.

Anno 2025

È stata segnalata al personale dipendente la possibilità di fruizione sulla piattaforma di piattaforma e-learning di Federsanità Academy, del corso gratuito in modalità a distanza, su *“Il Codice di Comportamento e la responsabilità disciplinare del personale sanitario”*.

Saranno inoltre previsti, di raccordo con l’UOC Formazione e Aggiornamento, giornate formative e/o corsi in modalità FAD in materia di Anticorruzione, Privacy e Etica Pubblica.

2.3.9 La rotazione ordinaria

La rotazione c.d. ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una tra le alternative misure fondamentali nell’ambito degli strumenti di prevenzione della corruzione.

La rotazione, salvo che non sia pregiudizievole per la continuità e la qualità del livello di attività che naturalmente riflette le specifiche competenze professionali acquisite, deve coinvolgere sia il personale destinatario di incarichi dirigenziali sia quello non dirigenziale, assegnatario della responsabilità dell’istruttoria dei procedimenti amministrativi.

Questo tipo di rotazione definita “ordinaria”, si deve ritenere attuata e realizzata anche in caso di avvicendamenti dovuti alle fisiologiche dinamiche del rapporto lavorativo, e va distinta dall’istituto della c.d. rotazione straordinaria, 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”.

La rotazione del personale deve essere considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti all’attribuzione a determinati dipendenti dello stesso identico insieme di funzioni. L’alternanza, ove possibile, è una delle alternative misure che riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In ambito sanitario, l’applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione delle specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

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

Anche gli incarichi amministrativi professionali e tecnici richiedono in molti casi competenze tecniche specialistiche nonché competenze acquisite; ragion per cui, le figure in grado di svolgere questo compito sono molto limitate all’interno dell’azienda. (art. 1, co 4, lett. e) e co.5 lett. b), l. 190/2012–Allegato 2 al PNA 2019-2021 - delibera ANAC 1134/2017). Proprio per questi incarichi vige l’opportunità che siano ricoperti da

risorse in possesso di competenze tecniche specialistiche nonché di competenze acquisite tramite lo svolgimento di tutte le specifiche attività riguardante i singoli procedimenti di competenza; ragion per cui, è auspicabile che il personale assegnatario sia in possesso oltre che di titoli qualifica e competenze adeguate, anche di maggiore e specifica esperienza.

Conseguentemente, come ribadito da ultimo dall'ANAC in un proprio comunicato (Fasc. UVMACT N. 1231/2024 –R.A.) *"...considerate le rilevanti dimensioni dell'Azienda, in accordo alle indicazioni fornite dal PNA 2016, parte speciale VII, Sanità, potrebbero essere applicate le seguenti misure alternative:*

- rotazione su base territoriale fra funzioni analoghe e non solo aziendale;*
- segregazione delle funzioni, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli. Ad esempio, nel ciclo degli acquisti, si potrebbero distinguere le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti), per incoraggiare il controllo reciproco;*
- applicazione della misura della rotazione a processi decisionali brevi, come quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione, anche mediante ricorso ad albi appositamente istituiti".*

Alla luce delle considerazioni appena evidenziate, e dunque al fine di dare seguito anche a quanto precisato dall' ANAC, per contemperare le varie esigenze di prevenzione con quella del mantenimento dei livelli di competenza professionali necessari per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico (si vedano per esempio le attività in corso quali quelle collegate al PNRR), questa Azienda intende percorrere, in alternativa alla rotazione ordinaria - quando questa appaia inopportuna e dannosa e pregiudizievole per la continuità di procedimenti già intrapresi - altre misure come sopra evidenziate nelle aree a più alto rischio di corruzione.

In alternativa alla rotazione, l'Azienda programmerà altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione. Il fine deve essere quello di evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi specie di quelli più esposti al rischio di corruzione. Sono auspicabili le seguenti misure alternative: l'adozione di modalità di lavoro di gruppo, la scelta di formalizzare le attività su strumenti informatici; l'applicazione di metodiche di verifica della attività da parte dei Referenti e/o dei Responsabili del Procedimento e/o dei Dirigenti e altre misure capaci a garantire la correttezza delle attività lì dove non sia avverabile procedere alla rotazione ordinaria.

Tra le indicazioni fornite dall'Autorità, inoltre, vi è quella di rafforzare le misure di trasparenza – anche prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria – in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione e di mettere in atto meccanismi di condivisione delle fasi procedurali e di valutazione al fine di evitare la concentrazione di più mansioni e responsabilità in capo ad un unico soggetto.

Tenuto conto di quanto appena descritto, è di evidenza che la rotazione, ove possibile ed opportuna, e le misure alternative innanzi descritte dovranno essere supportata da idonee e tempestive iniziative formative finalizzate ad istruire il personale non dirigenziale che dovrà subentrare nelle attività a rischio e quello che dovrà essere assegnato ad altre attività, anche in considerazione della complessità degli adempimenti già in corso (ad esempio, si veda la complessità ed il tecnicismo delle attività connesse al PNRR).

Ove possibile, la formazione viene erogata con la finalità di realizzare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere impiegate in una pluralità di settori, nei limiti delle possibilità assicurate

dal personale di comparto in organico, affinché questi conseguano le competenze e la preparazione necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata come area a rischio.

Nel caso in cui non sia possibile o strategicamente inopportuno applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale per giustificati fattori organizzativi, carenza di risorse, limiti di programmazione, complessità nel reperire personale con equivalente esperienza e competenza, l'Azienda applica la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento, tenuto conto delle misure alternative tra le quali quelle contenute nel Piano di Certificabilità del Bilancio (PAC) (*cfr. paragrafo 23.10-iii*, di cui al presente PTPCT, rubricato *Piano di Certificabilità del Bilancio (PAC)*).

Infine, come previsto dalla normativa vigente, il RPCT procede alla verifica di intesa con il dirigente competente della effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti alla esecuzione dell'attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione e della concreta applicazione, laddove possibile, delle misure alternative innanzi descritte.

Anno 2024

Nell'anno 2024 la rotazione ordinaria e' stata realizzata per le unità operative complesse e per i dipartimenti funzionali e strutturali (si allega elenco riportanti le articolazioni dove è avvenuta la rotazione con l'indicazione della rispettiva procedura o istituto che ha dato luogo alla rotazione). In alcuni casi è stata posta in essere un'articolata procedura che ha previsto l'affidamento a diverso dirigente dell'incarico prima ricoperto da altra unità – esempio direzione di presidio). Nella maggior parte dei casi si è potuta contemperare l'esigenza di sostituzione con quella di avvalersi del massimo livello di esperienza nelle materia di competenza effettuando la *rotazione su base territoriale fra funzioni analoghe*.

In altre ipotesi la rotazione e' avvenuta per avvicendamenti dovuti alle fisiologiche dinamiche del rapporto lavorativo (collocamento in quiescenza, trasferimento, altro).

2.3.10 La rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale:

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

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

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

L'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione, la sua durata, le misure alternative in caso di impossibilità, le conseguenze sull'incarico dirigenziale, sono oggetto di specifica Delibera ANAC⁷.

2.3.11 La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

L'art.1 comma 5 della Legge n. 190/2012 ha inserito un nuovo articolo, il 54 bis, nell'ambito del D.Lgs. n. 165/2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura specifica finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come "*whistleblowing*". La relativa disciplina nel corso del 2023 è stata novellata dal d.lgs n. 24 del 10.03.2023 in Attuazione della direttiva 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23/10/2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del Diritto dell'unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle disposizioni che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali

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

Il *whistleblowing* è, dunque, la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare proprio in ragione della sua funzione sociale, il *whistleblower*, il cui scopo principale è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente.

Il decreto in vigore dal 30 marzo 2023 detta una nuova disciplina volta a garantire massima tutela al segnalante sia in termini di riservatezza dell'identità, che da eventuali misure ritorsive.

Queste tutele vengono garantite al segnalante a condizione che: il segnalante riveste la qualifica di dipendente pubblico o equiparato; sia effettuata nell'interesse all'integrità della Pubblica Amministrazione; la segnalazione deve avere ad oggetto comportamenti atti o omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o ente privato; il segnalante sia venuto a conoscenza delle condotte illecite in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Anno 2020

Nel corso del 2020 è stata implementata l'applicazione on line per la segnalazione di illeciti o irregolarità e comunicazioni ritorsive, ai sensi dell'art. 54-bis, D. Lgs. 165/2001 (c.d. *Whistleblowing*).

L'applicazione è stata fornita **gratuitamente** dall'ANAC ed è pienamente rispondente alle prescrizioni di sicurezza e tutela del segnalante previste dalla normativa vigente.

La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per l'ufficio del Responsabile della prevenzione corruzione e della trasparenza (RPCT) che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità. Quest'ultima, infatti, viene segregata dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un

⁷ Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001".

codice identificativo univoco generato dal predetto sistema, potrà “dialogare” con il RPCT in maniera spersonalizzata tramite la piattaforma informatica. Ove ne ricorra la necessità il RPCT può chiedere l’accesso all’identità del segnalante, previa autorizzazione di una terza persona (il cd. “custode dell’identità”).

È possibile accedere alla piattaforma attraverso il sito Web aziendale: Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione.

Anno 2022 e Anno 2023

Nel corso del 2022 e del 2023 si è proceduto all’implementazione della piattaforma on line per la segnalazione degli illeciti e irregolarità o comunicazioni ritorsive ai sensi del D. Lgs. 165/2001, anche alla luce dell’entrata in vigore del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019.

Tra le novità di particolare rilevanza vi è l’individuazione dei canali di gestione delle segnalazioni: la segnalazione può infatti essere gestita attraverso l’utilizzo del canale interno affidata al RPCT che la gestisce mantenendo il dovere di confidenzialità, riservatezza e tutela dell’anonimato nel caso in cui la segnalazione sia nominativa; del canale esterno: l’autorità competente a ricevere la segnalazione è l’ANAC. Resta ferma la possibilità di presentare formale denuncia all’Autorità giudiziaria.

Anno 2024

Al fine di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico, di migliorare l’efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e orientato al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori, la ASL Salerno, con Deliberazione del DG n. 1745 del 18/11/2024, ha costituito il **“Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)”**, tenuto conto della Direttiva del 4 marzo 2011 contenente le *“Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”* e della Direttiva n. 2/2019 *“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche”*.

2.3.12 La segnalazione anonima

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

- a) non presentino alcuna sottoscrizione;
- b) rechino una sottoscrizione illeggibile;
- c) pur apparendo riferibili a un soggetto non consentano, comunque di individuarlo con certezza;

non saranno prese in considerazione.

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

2.3.13 Consultazione e comunicazione

La fase di consultazione e comunicazione consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione;
- attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

2.3.14 Percorso Attuativo di Certificabilità

Il PNA 2015 ha, al suo interno un approfondimento riguardante la Sanità e i diversi ambiti corruttivi che caratterizzano questo settore. Tra questi la Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quale, ad esempio, quello di ritardare l'erogazione dei compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando il tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

Anche in questa area è necessario mettere in atto misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

A riguardo, il PNA 2015, segnala che la realizzazione del programma di lavoro previsto dal **"Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)"** dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN⁸ rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

La Regione Campania, con Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di Rientro dai disavanzi del SSR campano n. 27 del 05.03.2019 ha approvato il documento recante le procedure amministrativo contabili che disciplinano le attività operative e di controllo minime e necessarie per garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendali e quindi l'attendibilità dei dati contabili, articolato in: Immobilizzazioni; Crediti e ricavi; Disponibilità liquide; Rimanenze; Personale; Patrimonio netto; Debiti e Costi; Contenzioso.

Le procedure amministrativo contabili presenti nel DCA devono essere recepite e adottate dalle singole Aziende del SSR mediante apposito atto formale con specifica evidenza dei soggetti responsabili delle attività ivi rappresentate e possono essere soggette a successive ulteriori modifiche e/o integrazioni a seguito della loro implementazione presso i singoli enti.

L'ASL Salerno ha sempre operato in modo continuativo e costante nella prosecuzione del programma di definizione, implementazione e verifica dello stato di attuazione degli obiettivi PAC, al fine di garantire il miglioramento dei sistemi di rilevazione contabile.

⁸ Decreto del Ministero della Salute e del MEF, 1 marzo 2013

Con nota del Commissario Straordinario dell'ASL Salerno (prot. n. 94083 del 29/04/2016), il Direttore dell'U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari Economico Gestionale è stato individuato quale Referente per la predisposizione del Programma Operativo Attuativo del PAC Aziendale.

Con delibera del Direttore Generale del 26/08/2016 n. 23, avente ad oggetto *“Adozione Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC)”*, l'ASL Salerno ha approvato il cronoprogramma dettagliato sulle molteplici azioni relative aree di attività.

Anno 2024

Con Deliberazione del DG n. 1504 del 2/10/2024 – *“Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti delle Aziende Sanitarie (PAC): approvazione procedure”*, la ASL Salerno ha approvato le procedure revisionate e riformulate nell'ambito delle Azioni PAC ed ha implementato e messo a regime la Contabilità Analitica.

2.3.15 Il programma triennale per la trasparenza ed integrità

Per trasparenza si intende la “accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”.

La trasparenza assume rilievo non solo per la realizzazione di una “buona amministrazione” ma anche come misura di prevenzione della corruzione nonché promozione dell'integrità e della cultura della legalità (vedi *Allegato 3*).

Come rilevato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 20 del 2019 la trasparenza costituisce *“principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione”* nonché per promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

La principale novità del d.lgs. n. 97 del 2016 in materia di trasparenza ha riguardato il nuovo diritto di accesso civico generalizzato a dati, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria delineato nell'art. 5. Co. 2 del d.lgs. 33/2013: *chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, che contestualmente vengono in evidenza*. Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

L'accesso generalizzato non ha sostituito l'accesso civico “semplice” previsto e disciplinato dall'art. 5 co. 1 del d.lgs. 33/2013.

L'Azienda al fine di semplificare l'esercizio del diritto di accesso ha reso disponibile nella sezione Amministrazione Trasparente, sezione “Accesso civico” del sito istituzionale moduli on line suddivisi a seconda della tipologia di accesso civico da esercitare ed ha adottato il Registro degli Accessi contenete

informazioni non nominative relative alle richieste di accesso ricevute dall'Amministrazione con l'indicazione dei relativi esiti.

L'Azienda presta particolare attenzione nell'ambito dei procedimenti in materia di accesso al rispetto della disciplina in materia di tutela dei dati personali di cui al reg. UE 2016/679.

Anno 2024

Con Deliberazione n. 495/2024 del 25/09/2024 resa nota il 19 novembre 2024, l'ANAC ha approvato nuovi schemi per migliorare l'inserimento di dati e informazioni sui siti web delle Amministrazioni Pubbliche, in base agli obblighi di pubblicità e trasparenza. Scopo è semplificare la gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" dei portali istituzionali e rendere più uniforme la pubblicazione delle informazioni e più agevole la consultazione dei dati da parte del cittadino.

Gli aggiornamenti riguardano gli articoli 4bis (*utilizzo delle risorse pubbliche*), art. 13 (*organizzazione*) e art. 31 (*controlli su attività e organizzazione*) del D. Lgs. N. 33/2013 e ss.mm.ii. e per ciascuna tipologia sono state fornite istruzioni operative che dovranno essere rispettate per pubblicazione delle informazioni.

Anno 2025

Nel corso dell'anno, dal momento che ANAC ha stabilito un periodo di adeguamento di 12 mesi durante il quale le Amministrazioni sono tenute ad aggiornare le proprie sezioni dell'Amministrazione Trasparente, di concerto con le Strutture competenti sarà prevista l'implementazione del sito istituzionale e l'adeguamento dello stesso alla normativa vigente.

2.3.16 Allegati del PTPCT

2.3.16.1 Allegato 1 – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione – Anno 2024.

La Relazione Annuale del RPCT, elaborata ai sensi dell'art. 1 comma 14 della L. 190/2012 e ss.mm.ii. costituisce un importante strumento di monitoraggio circa l'attuazione del Piano Anticorruzione, nonché uno strumento indispensabile per la valutazione dell'efficacia delle strategie di prevenzione in esso previste.

La Relazione, relativa all'anno 2024, è predisposta e pubblicata entro il termine del 31 gennaio 2025.

Domanda	Risposta
Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	04701800650
Denominazione Amministrazione/Società/Ente	ASL SALERNO
Nome RPCT	GAETANO
Cognome RPCT	MEMOLI
Qualifica RPCT	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DI RUOLO IN SERVIZIO
Ulteriori incarichi eventualmente svolti dal RPCT	DIRETTORE UOC DIREZIONE AMM.VA DEA NOCERA-SCAFATI-PAGANI
Data inizio incarico di RPCT	01/07/2022 (Delibera di incarico n. 860 del 30/06/2022)
Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPC (Si/No)	NO
Nominativo del soggetto che nel PTPCT o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o nel MOG 231 è indicato come sostituto del RPCT (in caso di temporanea ed improvvisa assenza del RPCT)	NON E' INDICATO IL SOSTITUTO
Motivazione dell'assenza del RPCT	
Data inizio assenza della figura di RPCT	

ID	Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
1	CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO O DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) O DELLE MISURE INTEGRATIVE AL MOG 231 E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	
1.A	Stato di attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO/MOG 231 - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO/misure integrative MOG 231, indicando i fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema	Il livello effettivo di attuazione del PTPCT può ritenersi soddisfacente, dal momento che all'esito del monitoraggio non sono emerse particolari criticità. In particolare, per quanto riguarda la sezione Anticorruzione, l'introduzione della normativa PNRR negli scorsi anni, l'adozione da parte di questa Azienda delle Linee Guida in materia, nonché la diffusione di circolari relative alle principali misure anticorruptive in materia di contrattualistica pubblica di cui al Nuovo Codice Appalti (D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii.) , a cui si è aggiunta la diffusione e la sensibilizzazione delle varie strutture aziendali circa il rispetto della normativa in materia di conflitto di interessi, non hanno fatto registrare rilevanti problematiche. Con cadenza trimestrale è stato effettuato il monitoraggio relativo al conferimento degli incarichi esterni di collaborazione e/o consulenza affidati al personale esterno alla ASL di Salerno. Anche per quanto riguarda la Trasparenza, tenuto conto del monitoraggio svolto, il livello può ritenersi più che soddisfacente, essendo state implementate ed aggiornate quasi tutte le sottosezioni dell'Amministrazione Trasparente. Molto utile si è rivelato l'approccio proattivo con il coinvolgimento delle varie strutture aziendali che hanno dimostrato una buona condivisione e sensibilità alle tematiche aziendali in materia di Trasparenza.
1.B	Aspetti critici dell'attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO/MOG 231 - Qualora la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT o le misure integrative MOG 231 siano state attuate parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure programmate	Non vi è stato scostamento tra le misure attuate e le misure programmate.
1.C	Ruolo del RPCT - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o del PTPCT o delle misure integrative MOG 231, individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	Il ruolo propositivo del RPCT è emerso sia nel promuovere la cultura della legalità che nella condivisione e diffusione delle normative e delle relative disposizioni dedicate alla materia, con un approccio improntato al dialogo ed al confronto. A ciò si aggiunge il monitoraggio continuo e costante (almeno con cadenza trimestrale) effettuato sull'attuazione delle misure di trasparenza e anticorruzione contenute nel PIAO (ad esempio, su liste di attesa; su servizi erogati; su tassi di assenza; su mandati di pagamento).
1.D	Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o del PTPCT o delle misure integrative MOG 231	Non sono emerse particolari criticità, nonostante la vastità del territorio su cui insiste la ASL e le dimensioni delle diverse articolazioni aziendali. Il RPCT fornisce istruzioni operative e linee guida mediante circolari sugli obblighi legislativi in materia e sulle novità introdotte dal Legislatore.

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31 GENNAIO 2025 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA			
La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni/enti tenuti all'adozione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2024 o del PTPCT 2024 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.			
Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2022 (Delibera ANAC n. 7/2023).			
ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio delle misure programmate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT o nel MOG 231 (domanda facoltativa)	Si	
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi, riportando le fattispecie penali (e il numero), anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (Parte I, § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) (più risposte sono possibili).		Non sono stati comunicati eventi corruttivi in nessuna area di rischio, come anche segnalato nella relazione annuale predisposta dai Direttori delle Funzioni Centrali -ognuno per la propria competenza- sul rispetto delle misure in materia di Anticorruzione e Trasparenza.
2.B.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione		
2.B.0.0	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.2	Contratti pubblici	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.5	Affari legali e contenzioso	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.6	Incarichi e Nomine		Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.8	Aree di rischio ulteriori	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	No	Non sono stati comunicati al RPCT eventi corruttivi e/o condotte di natura corruttiva

2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT 2024 o nel MOG 231 erano state previste misure per il loro contrasto	No	Non si sono verificati eventi corruttivi.
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2)	Sì, tutti	I processi sono mappati e trovano esplicitazione nel PTPCT e nelle griglie dei rischi corruttivi allegate alla relativa sezione del PIAO aziendale.
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree prioritarie come individuate nel PNA 2022 (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2) (sono possibili più risposte)		
2.F.0	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	Sì	Con Deliberazione del DG n. 715 del 12/06/2023, sono state adottate le "Linee Guida per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione del PNRR della ASL SALERNO" che costituiscono la raccolta sistematica, alla data della proposta, di norme nazionali e regionali unitamente alle indicazioni operative per l'Azienda.
2.F.0 0	Processi collegati a obiettivi di performance	Sì	
2.F.0 00	Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi	Sì	
2.F.0 000	Procedure relative ad aree a rischio specifico del singolo ente	Sì	
2.F.1	Contratti pubblici	Sì	
2.F.2	Incarichi e nomine	Sì	
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Sì	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Sì	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	Sì	
2.G	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti (domanda facoltativa)	No	
2.H	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è stata elaborata in collaborazione o in coordinamento con i responsabili delle altre sezioni del PIAO	No	

ASL Salerno – Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027

3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	No, non era previsto dal PTFCT/Sezione PIAO/MOG 231 con riferimento all'anno 2024	
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<u>domanda facoltativa</u>)		
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente"	Sì (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	Tutte le sottosezioni previste
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente", ha l'indicatore delle visite	No (indicare se non è presente il contatore delle visite)	Indicatore non accessibile al pubblico, ma all'amministratore del sistema
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	Le richieste di accesso civico semplice sono state 3. Nessuna richiesta ha comportato l'adeguamento nella pubblicazione dei dati.
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	Sì (riportare il numero complessivo di richieste pervenute, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	Le richieste di accesso civico generalizzato sono state 26. I settori interessati sono stati tra l'altro: numero test in vitro PCR; spesa e servizi attività di formazione; dati ospedalieri; prestazioni erogate; numero pazienti in cura presso i serD; circolari e disposizioni ASL su prenotazioni visite di controllo centri diagnostici; affidamenti e incarichi; determine di liquidazione varie; salute in carcere; area penitenziaria; prospetti personale.
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	I settori sono stati: riesame su accesso; autorizzazioni centro diagnostico; numero test in vitro PCR; spesa e servizi attività di formazione; dati ospedalieri; prestazioni erogate; numero pazienti in cura presso i serD; circolari e disposizioni ASL su prenotazioni visite di controllo centri diagnostici; affidamenti e incarichi; determine di liquidazione varie; salute in carcere; area penitenziaria; prospetti personale.
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<u>domanda facoltativa</u>)	Sì	https://aslsalerno.etrasparenza.it/pagina770_accesso-civico.html
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi per amministrazioni/enti con meno di 50 dipendenti)	Monitoraggio trimestrale periodico a campione, anche su segnalazione.
4.G.1	Indicare se è stata garantita trasparenza anche degli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di A.T., di un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR (cfr. PNA 2022, § 3 parte trasparenza)	Sì	
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento	Il livello raggiunto dalla sezione A.T. è sicuramente ottimale. E' stata migliorata la pubblicazione della maggior parte delle sottosezioni. A tal riguardo si segnala che da ultimo anche l'OIV nella propria attestazione relativa all'esito del monitoraggio ha riscontrato una completezza del contenuto nella quasi totalità delle sottosezioni.	

5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione tenendo anche conto dell'obbligo di formazione sui temi dell'etica (art. 15, co. 5-bis, del d.P.R. 62/2013).	Si	
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: <i>(domanda facoltativa)</i>		
5.E.0	La gestione delle situazioni di conflitto di interessi	Si	
5.E.1	Etica ed integrità	Si	
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento	Si	
5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO/MOG 231	Si	
5.E.4	Processo di gestione del rischio	Si	
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	Si	Syllabus: la piattaforma di formazione dedicata al capitale umano delle PA.
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)	Si	Scudo Privacy S.r.l. Back Office
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)	Si	pianoformazionerup.org
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti	I contenuti del corso sono da ritenersi appropriati, come pure i destinatari coinvolti.	
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:	7949	
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	1722	
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	6227	
6.B	Indicare se nell'anno 2024 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT/Sezione PIAO/MOG 231 con riferimento all'anno 2024	
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2024, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2024) <i>(domanda facoltativa)</i>	Il processo di riorganizzazione è in corso	Adozione nuovo atto aziendale - Delibera del Direttore Generale n. 1306 del 13.08.2024

7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	Le verifiche sono state effettuate per tutto il personale apicale, nello specifico Direzione Strategica, Collegio Sindacale e OIV e non sono emerse violazioni.
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2024, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	No	
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Sì (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	Sono state acquisite le relative attestazioni rese in autodichiarazione per il Direttore Sanitario, per il Direttore Amministrativo, nonché per i membri del collegio sindacale e per i membri dell'OIV. Solo per il Direttore generale la verifica viene fatta dalla Regione al momento del conferimento della nomina. A seguito di segnalazione su presunta situazione di incompatibilità di dirigenti medici, il RPCT ha provveduto ad avviare indagine interna, volta ad acquisire relazioni, chiarimenti e dichiarazioni del personale coinvolto. L'attività si è conclusa con esito positivo.
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Sì	cfr. da ultimo Deliberazione n. 1309 del 13/08/2024 su "Regolamento recante la definizione dei criteri per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività extra ufficio al personale dipendente appartenente alle Professioni Sanitarie"
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	
10	TUTELA DI CHI SEGNA ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stato attivato un canale interno per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite (d.lgs. 24/2023)	Sì	
10.C	Se non è stata attivata la piattaforma informatica, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del d.lgs. 24/2023 e come indicato nelle LLGG ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, indicare attraverso quali altri mezzi il segnalante può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stato attivato il canale interno per la segnalazione indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower	No	

11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)	Si	L'Azienda con Delibera n. 336 del 24.03.2014 si è dotata un proprio codice di comportamento e dopo vari aggiornamenti (di cui alla delibera 1283 del 30.11.2020), con delibera n. 426 del 7.04.2021, è stato approvato in via definitiva il nuovo "Codice di comportamento". E' in corso di predisposizione - tenuto conto della entrata in vigore della normativa in materia di cui al DpR del 14 Luglio 2023- il nuovo regolamento di adozione del Codice di comportamento.
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) <i>(domanda facoltativa)</i>	Si	
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice		
11.D	Indicare se il codice di comportamento dell'amministrazione è stato adeguato alle modifiche intercorse nel 2023 al d.P.R. n. 62/2013	L'adeguamento è in corso	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.B	Indicare se nel corso del 2024 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	No	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D	Se nel corso del 2024 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Peculato - art. 314 c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio -art. 319 c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari -art. 319ter c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità - art. 319quater c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio -art. 320 c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.8	Istigazione alla corruzione -art. 322 c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti

12.E	Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):		Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.1	Contratti pubblici		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.2	Incarichi e nomine		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale		0 Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.F	Indicare se nel corso del 2024 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	Si	15
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (cfr. Delibera n. 309 del 27 giugno 2023 - Bando tipo n. 1 - 2023)	No	
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)	No	
15	PANTOUFLAGE		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	No	
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage.	Si, secondo il modello operativo di cui al PNA 2022	

2.3.16.2 Allegato 2 – Catalogo dei Processi a rischio – anno 2024.

N°	Area di Rischio	Processo	Possibili eventi rischiosi	Strutture Organizzative Coinvolte
1	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso “personalizzati” ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari	Gestione Risorse Umane
2	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
3	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
4	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
5	Acquisizione e gestione del personale	Progressioni di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
6	Acquisizione e gestione del personale	Conferimento di incarichi di collaborazione	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Gestione Risorse Umane - Attività Tecniche e Patrimoniali - Valutazione Tecnologie Sanitarie

7	Acquisizione e gestione del personale	gestione assenze - presenze - premialità - permessi	gestione assenze - presenze - premialità - permessi non veritiera, inosservanza regole procedurali al fine di favorire e/o discriminare taluni soggetti	Gestione Risorse Umane
8	Acquisizione e gestione del personale	Conferimento incarichi di docenza	Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente rispetto ad altri	Formazione e Aggiornamento - Tutte le Macrostrutture proponenti
9	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Medicina Legale
10	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Programmazione, Pianificazione dei controlli, Verifiche ed ispezioni	Pianificazione irregolare al fine di favorire taluni soggetti	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
11	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Assegnazione attività controlli, verifiche e ispezioni	Abusi e irregolarità finalizzati ad agevolare o penalizzare determinati soggetti o categorie di imprese. Attribuzione degli incarichi di svolgimento delle attività con ampi margini di discrezionalità	Strutture del Dipartimento di Prevenzione

12	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Svolgimento attività di controlli verifiche ed ispezioni	abusi, violazioni della normativa ed irregolarità finalizzati ad agevolare o penalizzare determinati soggetti o imprese	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
13	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Applicazione sanzioni	Omissione nella applicazione delle sanzioni al fine di agevolare taluni soggetti o imprese	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
14	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Transazioni	Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
15	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente o convenzionato	Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Ufficio Procedimenti Disciplinari
16	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Perizie in ambito assicurativo risarcitorio	Favorire il dipendente danneggiato	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Medicina Legale
17	Attività libero professionali e liste di attesa	autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale	false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione; inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa
18	Attività libero professionali e liste di attesa	Esercizio dell'ALPI	errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa
19	Attività libero professionali e liste di attesa	Esercizio dell'ALPI	omessa registrazione dei versamenti a seguito di riscossione visite ALPI	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa

20	Contratti pubblici	Programmazione	definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza / efficacia / economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore economico) o nell'abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive. Rileva altresì l'intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
21	Contratti pubblici	Progettazione della Gara	nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; la fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara; l'attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante l'utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato; ecc.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
22	Contratti pubblici	Selezione del contraente	possibilità che i vari attori coinvolti (RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, ecc.) manipolino le disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
23	Contratti pubblici	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti; possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione

				dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
24	Contratti pubblici	Esecuzione del contratto	mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore. Ecc.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
25	Contratti pubblici	Rendicontazione del contratto	alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
26	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Acquisizione dei farmaci	valgono i potenziali rischi connessi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari.	Dipartimento Farmaceutico
27	Gestione del Patrimonio	Stipula Gestione di contratti di locazione e acquisizione di beni immobili e mobili registrati	Individuazione del Bene immobile/mobile e/o definizione delle condizioni di acquisto o locazione in base a criteri finalizzati a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione	Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato
28	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle entrate e delle spese	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagamenti o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere; permettere pagamenti senza	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali

			rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture; ecc.	
29	Gestione di risorse economico-finanziarie	Pagamento fornitori/creditori	Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
30	Gestione di risorse economico-finanziarie	Incassi ticket	Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP Ticket
31	Gestione di risorse economico-finanziarie	Emissione mandati/Incasso reversali	Distrazione di risorse mediante alterazione/falsificazione di dati/documenti	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
32	Incarichi e nomine	Incarichi dirigenziali di struttura complessa e a soggetti esterni	assenza dei presupposti programmatori e/o di una verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero di posizioni da ricoprire; mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione. nella fase di definizione e costituzione della commissione giudicatrice, rientra quello di accordi per l'attribuzione di incarichi. eccessiva discrezionalità nella fase di valutazione dei candidati. Ecc.	Direzione generale - Gestione delle Risorse Umane
33	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Riconoscimento diritto esenzione ticket	Indebito riconoscimento dell'esenzione del pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti (prestazioni ambulatoriali; Prestazioni di Pronto Soccorso, Codici bianchi)	CUP Ticket - Pronto Soccorso

34	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Abuso nel rilascio di certificazioni ed autorizzazioni relative alla libera circolazione dei soggetti disabili	Medicina Legale
35	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Abuso nel rilascio di idoneità medico-legali inerenti la conduzione di veicoli, di natanti, porto e detenzione armi da fuoco	Medicina Legale
36	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Permessi e aspettative retribuite Legge 104/92	Abuso nella concessione dei benefici Legge 104/92 in assenza di presupposti al fine di procurare a sé o ad altri un indebito vantaggio	Gestione Risorse Umane - Servizio Ispettivo e NOC - Medicina Legale
37	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Permessi e aspettative retribuite Legge 104/92	Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati	Gestione Risorse Umane - Servizio Ispettivo e NOC - Medicina Legale
38	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della residua capacità lavorativa	Medicina Legale - Medicina del Lavoro

39	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della idoneità	Medicina Legale - Medicina del Lavoro
40	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della residua capacità lavorativa	Medicina del Lavoro
41	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Gestione e distribuzione interna e agli utenti di farmaci e materiale sanitario	Indebita appropriazione di farmaci e materiale sanitario	Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Farmacie ospedaliere
42	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Iperprescrizione di beni protesici, con indebito vantaggio per le ditte fornitrici	Direzioni Distretti Sanitari - Prescrittori Distretti Protesica
43	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Abuso della relazione professionale con l'assistito per indirizzarlo verso determinate ditte autorizzate alle forniture dirette	Direzioni Distretti Sanitari - Prescrittori Distretti Protesica

44	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio sanitarie al fine di favorire particolari soggetti	Dipartimento di Salute Mentale - Direzioni Distretti Sanitari - Sert
45	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Utilizzo dei beni e delle risorse aziendali / richieste rimborsi spese	Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali	Tutte le strutture e tutti i dipendenti
46	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Gestione trattamento economico Medici di Medicina generale e Pediatri Libera scelta, Guardie Mediche	Abusi, irregolarità, riconoscimenti economici non dovuti. Assenza di controlli al fine di favorire taluni soggetti.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture Distrettuali
47	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		rilascio di concessioni edilizie con pagamento di contributi inferiori al dovuto al fine di agevolare determinati soggetti	Dipartimento di Prevenzione
48	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Convenzioni per trasporti sanitari	Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione per trasporti sanitari al fine di favorire determinate ditte/associazioni	Direzioni amministrative dei Distretti e dei PP.OO.

49	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prenotazione / erogazione di prestazioni e servizi sanitari	abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (ad esempio inserimento in cima ad una lista di attesa)	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Tutte le strutture che erogano servizi sanitari o che autorizzano prestazioni sanitarie - CUP e Ticket
50	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Scelta e revoca dei medici di medicina generale	irregolarità e abusi al fine di favorire taluni soggetti	Direzioni Distretti Sanitari
51	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prenotazione / erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale	Direzioni Distretti Sanitari - CUP e Ticket - Tutti i professionisti sanitari dipendenti o convenzionati che erogano la prestazione
52	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Rilascio autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di autorizzazioni/concessioni	abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per apertura di esercizi commerciali)	Dipartimento di Prevenzione - Strutture del Dipartimento che rilasciano autorizzazioni e/o pareri
53	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prescrizioni ausili assistenza protesica	Abusi ed irregolarità; assenza dei requisiti necessari per ottenere gli ausili; assenza di visita medica; intromissione e condizionamento di tecnici e ditte private; prescrizione effettuata da soggetto non abilitato; prescrizione imprecisa, contraddittoria ed irregolare	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica

54	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Autorizzazione acquisto e fornitura ausili assistenza protesica	abusi e irregolarità. Mancata effettuazione controlli sulla prescrizione e requisiti.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
55	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Acquisto ausili assistenza protesica	inosservanza normativa per gli acquisti al fine di favorire taluni soggetti privati. Mancanza di rotazione delle ditte fornitrici in affidamento diretto.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
56	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Collaudo ausili assistenza protesica	Mancati collaudi, irregolarità al fine di favorire le ditte fornitrici	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
57	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Restituzione degli ausili assistenza protesica	Mancata verifica della permanenza dei requisiti per la permanenza dell'utilizzo dell'ausilio. Mancato inoltro della richiesta di restituzione, restituzione di ausilio non corrispondente a quello consegnato, mancato addebito costo per ausilio non restituito	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
58	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prescrizione farmaci	Abuso della propria autonomia professionale nella prescrizione di farmaci al fine di favorire la diffusione di un determinato farmaco oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario	Tutti i medici prescrittori

59	Rapporti contrattuali con privati accreditati	autorizzazioni - accreditamento	mancato aggiornamento delle stime aziendali relativamente ai diversi settori di attività; ritardi e/o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni e nella realizzazione delle attività ispettive	Servizio Ispettivo e NOC - Assistenza Accreditata
60	Rapporti contrattuali con privati accreditati	accordi/contratti	mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	Servizio Ispettivo e NOC - Assistenza Accreditata - Direzioni Distretti Sanitari
61	Rilevazione presenze	Attestazione della presenza in servizio	Falsa attestazione della presenza in servizio	Tutte le strutture e tutti i dipendenti

2.3.16.3 Allegato 3 – Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2025 – 2027.

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Soggetti Responsabili della trasmissione dei dati
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell’articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) <i>(link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)</i>	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali

			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione		

				certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

			governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	dell'incarico o del mandato elettivo		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	NA - Non Applicabile Aziende SSN
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982						

				consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

				soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

			politici, di amministrazione, di direzione o di governo	complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane

		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio Informativo Aziendale
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
				Per ciascun titolare di incarico:		U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane

		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali		Incarichi amministrativi di vertice (da	Per ciascun titolare di incarico:		U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli

	amministrativi di vertice		pubblicare in tabelle)			Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR

		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	NA - Non Applicabile Aziende SSR

		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente	Per ciascun titolare di incarico:		UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino	NA - Non Applicabile Aziende SSR

				vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	alla cessazione dell'incarico o del mandato).	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB:	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSR

				dando eventualmente evidenza del mancato consenso]]		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSR

		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR

				entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	NA - Non Applicabile Aziende SSR
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

				sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)		
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione

Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, deliber. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

			(da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e Organismo Indipendente di Valutazione
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				Per ciascuno degli enti:		Ambito soggettivo non rilevato
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1,	Ambito soggettivo non rilevato

		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1,	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed

					d.lgs. n. 33/2013)	Economico - Gestionali
		1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali	
		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali	
		3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali	
		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali	
		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali	
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali	
		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali	

		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali

		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				Per ciascuno degli enti:		Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione

				alla casella di posta elettronica istituzionale		obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio online, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture che coordinano il procedimento
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato e UOC Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

				personale e progressioni di carriera.		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato e UOC Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

				delle relative modalità di svolgimento	sensi del d.lgs. 97/2016	
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		

Bandi di gara e contratti	Per la consultazione degli obblighi di pubblicazione relativi alla presente sotto-sezione “Bandi di gara e contratti”, si consulti la nuova tabella, adottata dalla Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 in aggiornamento e ad integrazione della delibera n. 264 del 20 giugno 2023, riguardante la trasparenza dei contratti pubblici, liberamente consultabile al seguente link https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-contratti-pubblici-del.601.2024 Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023: pubblicazione nella “Sezione Amministrazione trasparente” sottosezione “Bandi di gara e contratti”, secondo le indicazioni ANAC di cui all’All. 9) al PNA 2022. Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023: assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull’avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d’intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023. Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

				Per ciascun atto:		Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali

		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV

	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in collaborazione con U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato

		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Esame e valutazione dell'attività e dei risultati - CUP - Liste di attesa - ALPI
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co.	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e	Tempestivo	U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione, UOSD

		1 del d.lgs. 179/16	dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.		Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo specifico previsto solo per l'anno 2013 ADEMPIMENTI D.L.

						35/2013 (Convertito in legge n. 64 del 2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali

Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)

				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	UOC Servizio Informativo Aziendale
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	UOC Servizio Informativo Aziendale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC Servizio Informativo Aziendale

Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		
* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016e ss.mm.ii. è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)						

Nell'Allegato 3 al presente PTPCT è rappresentato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Al RPCT, vengono attribuite, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto *“un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”*.

Anno 2024

Con l'avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici a partire dal 1° gennaio 2024, l'attività di monitoraggio sugli adempimenti obblighi di pubblicazione ha riguardato soprattutto i provvedimenti, la materia dei contratti pubblici, con particolare riguardo alle dichiarazioni su situazioni di possibile conflitto di interesse, quella di gestione del personale e del conferimento degli incarichi.

È stata migliorata la pubblicazione della maggior parte delle sottosezioni della "Amministrazione Trasparente" e anche l'OIV nella propria attestazione relativa all'esito del monitoraggio nella sezione A.T. ha riscontrato una completezza del contenuto nella quasi totalità delle sottosezioni, che risultavano già in larga parte aggiornate.

***La tabella contenente i nuovi obblighi relativi alla sotto-sezione "Bandi di gara e Contratti" in Amministrazione Trasparente, è consultabile al seguente link <https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-contratti-pubblici-del.601.2024>**

Le nuove regole in tema di trasparenza (art 28 nuovo Codice dei Contratti d.lgs 36/2023) sono efficaci a partire dal 1° gennaio 2024. Pertanto, così come sottolineato dall'ANAC nella delibera di Aggiornamento 2023 al PNA 2022, si valuta che la trasparenza dei contratti pubblici sia materia governata da norme differenziate.

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023: Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023: Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024: Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ss e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Anno 2025

Nel corso dell'anno sarà implementata e rafforzata l'attività di verifica sul rispetto degli obblighi di pubblicazione, già avviata negli anni precedenti.

2.3.17 Appendice - Le tipologie di accesso: documentale, civico semplice e civico generalizzato

L'attuale normativa prevede tre diverse e distinte tipologie di accesso:

- **Accesso documentale** – si intende l'accesso disciplinato dal capo V della legge 241/1990. La finalità dell'accesso documentale ex L. 241/90 è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà – partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex legge 241 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso". La legge 241/90 esclude perentoriamente, l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato;
- **Accesso civico semplice** – si intende l'accesso di cui all'art. 5, comma 1, del decreto trasparenza, ai documenti oggetto di pubblicazione⁹. L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza;
- **Accesso civico generalizzato** – si intende l'accesso di cui all'art. 5, comma 2 del "Decreto trasparenza", ai sensi del quale *"chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis"*. La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

	Accesso agli atti o documentale	Accesso civico	Accesso civico generalizzato
Normativa di riferimento	L. 241/1990, art. 22 e ss.	D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 1	D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 2
Oggetto dell'accesso	Documenti amministrativi	Documenti, informazioni e dati	Documenti, informazioni e dati
Limiti oggettivi della richiesta	LIMITATO	LIMITATO	Sono accessibili i dati e i documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D.Lgs. n. 33/2013.
	sono accessibili tutti i documenti amministrativi, ad eccezione di quelli indicati nell'art. 24 della L. n. 241/90.	ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione sul sito aziendale Amministrazione Trasparente	
	Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando la pubblica		

⁹ D.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016.

	amministrazione ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.		
Motivazione della richiesta	Necessaria	Non necessaria	Non necessaria
A chi indirizzare la richiesta	alla struttura aziendale competente per la formazione e/o la detenzione del documento	Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)	Alla struttura aziendale che detiene i dati, le informazioni o i documenti.
Esercizio del diritto di opposizione da parte di eventuali controinteressati	Si	No	Si
Tutela in caso di rifiuto o inerzia	Superiore gerarchico del detentore del dato	Titolare del potere sostitutivo	- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT); - nel caso in cui dati/documenti richiesti siano detenuti dal RPCT: Direttore Amministrativo
A chi rivolgersi per la tutela giurisdizionale	TAR	TAR	TAR

L'ASL Salerno:

- con Deliberazione n. 428 del 7 maggio 2018 ha approvato il “Regolamento di accesso agli atti e alla documentazione amministrativa” ai sensi della L.241/90 e del D.P.R. 184/06;
- con Deliberazione n. 1065 del 4 novembre 2014 ha approvato il “Regolamento Accesso Civico” di cui all’art. 5 del D.Lgs. 33/2013;
- con Deliberazione n. 922 del 22 luglio 2021, ha modificato il Regolamento aziendale di accesso agli atti.
- su impulso dell’Ufficio del RPCT ha istituito il Registro degli Accessi civici, che viene semestralmente aggiornato ed implementato. Il Registro è pubblicato in Amministrazione Trasparente, alla sezione “Accesso civico” https://aslsalerno.etrasparenza.it/pagina770_accesso-civico.html.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

La ASL Salerno ha riformulato il proprio assetto organizzativo attraverso il nuovo Atto aziendale approvato con Deliberazione GRC n. 261 del 12/09/2024, adottato nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania.

Tra i principi sottesi a tale atto si rileva un elevato grado di dipartimentalizzazione delle funzioni e delle articolazioni aziendali, nonché una forte spinta verso la realizzazione dei modelli e standard dell'assistenza territoriale ridefiniti dal DM Salute del 23 maggio 2022 n. 77, a cui la programmazione rimane prioritariamente ancorata. Tale normativa ha tratteggiato una nuova concezione della rete di assistenza territoriale, volta al conseguimento di standard qualitativi di cura adeguati e in linea con i migliori sistemi sanitari europei, dove il SSN sia parte di un più ampio assetto del *welfare* comunitario basato su una visione cosiddetta olistica.

A tale indirizzo sono state conformate da parte della ASL Salerno le attività dei pregressi esercizi 2023 e 2024 nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che verranno proseguite nel 2025 e 2026 per la realizzazione delle strutture indispensabili alla concreta attuazione delle modalità assistenziali definite nel citato DM 77/2022, che per la ASL Salerno constano di 54 interventi come di seguito distinti:

- n. 33 Case della Comunità;
- n. 13 Centrali operative territoriali;
- n. 8 Ospedali di Comunità.

Lo stato di avanzamento di tale programmazione rientrando nella misura M6 C1 del PNRR, segue le disposizioni impartite dalla Regione Campania, nel cui ambito la ASL Salerno ha iscritto cospicue risorse nel Piano Investimenti per gli esercizi 2025 e 2026 allegato al Bilancio di Previsione approvato con delibera n. 1995 del 21/12/2024, rispettivamente per circa *26,871 milioni* e *98,936 milioni*, finalizzate a proseguire gli interventi previsti in continuità con quanto già realizzato nel corso degli anni 2023 e 2024. Tra le strutture già realizzate, infatti, sono da annoverare le 13 Centrali Operative Territoriali (COT), nell'ambito della misura PNRR M6.C2 - 1.1.2 *Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento: M6C2 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali*, strutture della cui realizzazione ed entrata in funzione l'Azienda ha preso atto con delibera n. 1456 del 27/09/2024, al cui interno si svolgeranno le funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

E' altresì da annoverare la realizzazione e l'entrata in funzione dell'Ospedale di Comunità di Roccadaspide con n. 20 posti letto, struttura già codificata nella piattaforma NSIS del Ministero della Salute e nella piattaforma SINFONIA della Regione Campania, nella quale viene confluita una tipologia di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

In ambito ospedaliero, invece, trova attuazione il modello dipartimentale, mirato ad una forte integrazione operativa e gestionale per aree omogenee, attraverso cui va a completarsi il governo delle risorse e il processo di sviluppo e crescita qualitativa delle professionalità e dei servizi.

Il Dipartimento, infatti, ha come obiettivi principali quelli di garantire:

- 1) un migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento, in integrazione con l'assistenza territoriale;
- 2) un miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze ed esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- 3) la elaborazione di Percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione integrata di processi di cura;
- 4) la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- 5) la diffusione delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il Dipartimento è quindi attivato quale struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il modello organizzativo dell'Azienda è essenzialmente basato sul raccordo tra la Direzione Strategica aziendale e le strutture operative degli ambiti territoriale ed ospedaliero, coordinato attraverso staff e tecnostrutture di supporto, ivi inclusi le Unità organizzative amministrative e sanitarie centrali nonché i Dipartimenti funzionali.

Le Strutture operative configurate quali Macrocentri di responsabilità aziendali coinvolte nel processo di gestione per budget sono:

- n. 13 Distretti Sanitari;
- n. 7 Presidi ospedalieri (di cui 3 DEA di 1° livello) che aggregano n. 12 plessi ospedalieri;
- il Dipartimento di Prevenzione (dipartimento strutturale);
- il Dipartimento Salute Mentale (dipartimento strutturale);
- il Dipartimento delle Dipendenze (dipartimento strutturale).

L'autonomia gestionale delle Macrostrutture connotate quali Centri di responsabilità è attuata attraverso la definizione del conto economico di struttura e del relativo budget di spesa, nell'ambito delle procedure annuali di budget con cui sono definiti anche gli obiettivi di performance assegnati.

➤ Ambito Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico, garante della collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'ASL, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini. Esso cura sia le funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia l'armonizzazione trasversale di processi e interventi non erogati direttamente, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra i diversi stakeholder. In tale cornice, la prevenzione collettiva è promossa secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta, l'Arpa e tutte le Strutture che, a diverso titolo, sono coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale, declinate nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli.

Il Dipartimento di Prevenzione e le Unità Operative in cui è articolato, operano mediante articolazioni “centrali” competenti per l’intero territorio dell’ASL e mediante articolazioni “territoriali”, indispensabili in relazione a realtà ad elevata utenza o a specificità aziendali dettate dal contesto socio-economico ed istituzionale.

L'architettura organizzativa deve garantire tutte le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica; in particolare:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Tutela della collettività e dei singoli rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali e le evidenze emerse dal registro tumori;
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Attività di prevenzione rivolta alla persona, quali coordinamento e linee guida per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nonché per programmi di diagnosi precoce (screening);
- Tutela della salute;
- Verifica e vigilanza igienico-sanitaria delle strutture sanitarie, anche ai fini autorizzativi;
- Medicina dello sport.

Circa le attività di prevenzione di elevata complessità, la Regione Campania ha provveduto con deliberazione GRC n. 867 del 14/12/2010 ad istituire un Polo didattico integrato (PI), attivato con protocollo di intesa tra Regione Campania e l’Università degli studi di Napoli nell’ottica di garantire prestazioni sanitarie di elevata complessità, la didattica e la ricerca finalizzata in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. L’operatività del PI è garantita dai centri di riferimento regionali attivati presso le AA.SS.LL e da esse gestite unitamente al Dipartimento di Medicina Veterinaria Federico II di Napoli e all’Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno di Portici (IZSM).

I Centri di Riferimento Regionali ubicati presso l'ASL Salerno sono tre come di seguito:

- CRiSSap Centro di Riferimento Regionale Sicurezza Sanitaria del pescato – Il centro fa da fulcro e raccordo tra Enti competenti sulla sicurezza sanitaria del pescato e sulla profilassi delle malattie delle specie ittiche attraverso un’attività di II livello;
- CRESAN Centro di Riferimento Regionale Sanità Animale – Il centro sviluppa nuovi modelli e tecnologie applicate al controllo delle malattie infettive degli animali domestici fornendo supporto alle ASL;
- CeR VEnE Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Gestione delle Emergenze – Svolge attività di assistenza tecnica e scientifica nella stesura di Piani di manuali operativi in caso di Emergenze Veterinarie Epidemiche e non Epidemiche relativamente alla salute degli animali e alla sicurezza alimentare. Si interessa di programmi di formazione specifica con collegamenti al sistema di Protezione Civile

In considerazione del fatto che il territorio della provincia di Salerno è colpito da emergenze epidemiche e non epidemiche di alta gravità, quali ad esempio la PSA (Peste Suina Africana) oltre che da frane, esondazioni, alluvioni (Emergenza Sarno, Esondazioni Sele, Sarno e Tanagro), nella linea d’attività del Dipartimento che riguarda i flussi e l’epidemiologia veterinaria, è prevista anche la gestione delle emergenze veterinarie tramite i suddetti centri integrati Regione/ASL Salerno di prevenzione e previsione per la mitigazione dei rischi e gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche, con relativi obiettivi di performance riferiti alla diffusione e applicazione dei Manuali Operativi Aziendali adottati con delibera ASL.

➤ Ambito Assistenza distrettuale

Le attività del Distretto fanno capo alle seguenti fondamentali aree di intervento:

- Assistenza sanitaria di base;

- Materno-Infantile;
- Riabilitazione e protesica;
- Geriatria, Cure domiciliari, Cure palliative;
- Farmacia.

L'Azienda mira a sviluppare e organizzare le attività di Assistenza sanitaria di base anche attraverso le nuove articolazioni contemplate ai sensi del succitato D.M. n. 77 del 23/05/2022, orientato a promuovere l'integrazione con l'ambito socio-sanitario e con i servizi ospedalieri, anche attraverso l'assistenza domiciliare, al fine di migliorare l'efficienza e la capacità di presa in carico dei cittadini.

Sono pertanto costituite nel Distretto nuove articolazioni organizzative denominate "aggregazioni funzionali territoriali (**AFT**)", all'interno delle quali operano Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta o Specialisti ambulatoriali coordinati in *team* funzionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi.

In tale innovativo modello delle cure primarie sono inoltre contemplate forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie (**UCCP**)", che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Per la piena realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal succitato D.M. n. 77 del 23/05/2022, è prevista, attraverso l'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, la realizzazione di nuove strutture sanitarie finalizzate all'attuazione di una modalità cosiddetta *one health*, ossia prossima territorialmente e indirizzata ad una presa in carico olistica, quali: a) Case della comunità; b) Ospedali di comunità; c) Centrali operative di emergenza.

Per quanto attiene alla programmazione socio-sanitaria del Distretto, l'Azienda cura attraverso il Coordinamento socio-sanitario e le strutture distrettuali dedicate, l'integrazione tra il Piano delle Attività Territoriali (PAT), adottato annualmente dal Distretto, ed il Piano di Zona dei servizi sociali sottoscritto da tutti i Direttori dei Distretti dello stesso Ambito Sociale, al fine definire ed attuare in modo coordinato gli interventi sociali ad alto impatto sanitario. Tale modalità attiene a tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.Lgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali).

Il Distretto, inoltre, costituisce il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica, sempre attraverso una forte integrazione con i servizi socio-sanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità.

Obiettivo fondamentale, infatti, è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio evitandone l'ospedalizzazione, attivando ove possibile (per condizioni abitative e presenza del *caregiver*) le **cure domiciliari**, che rappresentano il più appropriato *setting* per l'assistenza alla persona malata in condizione di fragilità, accrescendone l'*empowerment* e la capacità di autogestione consapevole dei bisogni.

Tale *setting*, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute e dalle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

In chiave strategica, è obiettivo perseguito dall'Azienda quello di promuovere un modello integrato di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi assistenziali maggiormente di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata tra il sistema sanitario ed il sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali.

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del *percorso assistenziale individuale/piano di cura personalizzato* centrato sui bisogni globali (non solo clinici) e sulle aspettative della persona malata.

Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di salute globale della persona.

Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato.

Qualunque sia il *setting* di cura attivato, il sistema deve assicurare la presa in carico globale e la relazione con la persona malata e i suoi familiari improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

Anche nelle diverse fasi della malattia terminale, la rete integrata dei servizi deve assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia. La rete delle cure palliative, che prevede la partecipazione delle associazioni di volontariato in osservanza della L. 38/2010 e delle vigenti Linee di Indirizzo regionali, è costituita da MMG o PLS, ambulatori specialistici, cure domiciliari, centri residenziali per le cure palliative (Hospice e day-Hospice), ricovero ospedaliero in regime ordinario e di day-hospital.

Lungo l'intero percorso viene adottato un modello di presa in carico globale, al fine di combattere il dolore inutile e la sofferenza che ne deriva, fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto.

Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente, che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostento (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative, *Hospice*, che fornisce assistenza sanitaria e tutela alberghiera in modalità che riproduce l'ambiente domestico e di vita.

Sia a domicilio che in *Hospice*, infatti, obiettivi principali delle cure sono la qualità di vita e il rispetto della dignità della persona affetta da patologia progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione.

La Rete aziendale degli Hospice della ASL Salerno è così costituita:

	Denominazione	Tipo	Comune
SA	Hospice Cure palliative di Sant'Arsenio	Hospice pubblico	Sant'Arsenio
SA	Hospice Cure palliative "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice pubblico	Eboli
SA	Hospice Cure palliative La Casa di Lara	Hospice pubblico	Salerno
SA	Hospice Cure palliative di Pagani	Hospice pubblico	Pagani

➤ Ambito Assistenza Ospedaliera

Presidi ospedalieri ASL Salerno

Modello NSIS_HSP 12 - Posti letto Strutture pubbliche				
Presidi Ospedalieri		Acuti	Lungodegenza e Riabilitazione	Totale
DEA Nocera-Pagani-Scafati	P.O. Nocera Inferiore	287	3	290
	P.O. Pagani	61	0	61
	P.O. Scafati	53	24	77
DEA Eboli-Battipaglia-Roccamare	P.O. Eboli	124	9	133
	P.O. Battipaglia	120	0	120
	P.O. Roccamare	61	0	61
DEA Vallo-Agropoli	P.O. Vallo della Lucania	235	0	235
	P.O. Agropoli	20	20	40
P.O. Sarno	P.O. Sarno	133	0	133
P.O. Oliveto Citra	P.O. Oliveto Citra	82	0	82
P.O. Polla	P.O. Polla	183	2	185
P.O. Sapri	P.O. Sapri	105	0	105
Totale ASL		1.464	58	1.522

Case di cura convenzionate ASL Salerno

Modello NSIS_HSP 13 - Posti letto Strutture private accreditate			
Case di Cura	Acuti	Lungodegenza e Riabilitazione	Totale
CdC Campolongo Hospital CEMFR - Eboli	30	230	260
CdC Cobellis - Vallo della Lucania	101	0	101
CdC Malzoni ICM - Agropoli	102	0	102
CdC Salus - Battipaglia	90	0	90
CdC Tortorella - Salerno	143	0	143
CdC Hippocratica Villa del Sole - Salerno	80	0	80
CdC La Quiete-Salerno	0	43	43
CdC Villa Chiarugi-Nocera	0	40	40
CdC Silba Montesano-Roccapiemonte	0	70	70
Totale Privato Accreditato	546	383	929

Le attività dell'ambito ospedaliero sono organizzate sul modello dipartimentale, al fine di configurare una tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto agli obiettivi assegnati, per i cui fini vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

L'Organizzazione dipartimentale è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- *Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);*
- *Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali – U.O.S.D.);*
- *Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.).*

Nei dipartimenti sono applicate logiche di governo collegiale e processi di coordinamento e controllo, previsti e descritti in appositi Regolamenti, redatti sulla base di linee guida approvate dalla Direzione Aziendale, sentito il Collegio di Direzione.

Le Unità Operative Complesse del Dipartimento (U.O.C.) sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati, e possono presentare sub-articolazioni quali Unità Operative Semplici (U.O.S.).

Le Unità Semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono istituite in area sanitaria per far fronte a particolari processi assistenziali che richiedono un coordinamento interdisciplinare di processi assistenziali trasversali rispetto a più strutture complesse. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.

Le Unità Operative semplici sono dotate di autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C.

Nella sede legale della ASL vengono effettuate le attività aziendali di supporto e sono allocati gli uffici della Direzione Generale.

L'assistenza viene inoltre erogata anche attraverso professionisti convenzionati e strutture private accreditate.

Professionisti convenzionati interni

I medici convenzionati sono:

n. 836 Medici di Medicina Generale

n. 127 Pediatri di Libera Scelta

- n. 561 Medici di Continuità assistenziale
- n. 394 Specialisti ambulatoriali convenzionati interni

Strutture private provvisoriamente accreditate

Operano inoltre le seguenti strutture private provvisoriamente accreditate:

- n. 310 Farmacie private;
- n. 31 Farmacie comunali;
- n. 9 Case di Cura per un totale di 952 posti letto;
- n. 29 Centri di riabilitazione;
- n. 15 Residenze Sanitarie Assistite (private 8; pubbliche 7);
- n. 2 Comunità per tossicodipendenti;
- n. 6 Strutture termali;
- n. 117 Laboratori analisi;
- n. 40 Centri diagnostica radiologica e radioterapia;
- n. 3 Centri di medicina nucleare
- n. 25 Centri di fisiokinesiterapia;
- n. 20 Centri di dialisi;
- n. 5 Centri di diabetologia;
- n. 25 Specialisti convenzionati (Cardiologia 16; Altro 9).

3.2 Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda ha disciplinato l'applicazione del lavoro agile e lavoro da remoto con appositi regolamenti, separatamente per il personale del comparto e per il personale dirigente dell'area professionale tecnico e amministrativo.

Tali regolamenti sono stati approvati rispettivamente con delibera n. 475 del 19/03/2024 ad oggetto "*Approvazione del Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile e Lavoro da remoto - Personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale*" e delibera n. 1767 del 22/11/2024 ad oggetto "*Approvazione del Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile - Personale Dirigente Funzioni Locali - Area Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN*", pubblicati sul sito istituzionale alla sezione trasparenza/Regolamenti (HOME » AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE » DISPOSIZIONI GENERALI » ATTI GENERALI » REGOLAMENTI).

3.3 Piano Triennale dei fabbisogni di personale

L'obiettivo programmatico riferito alle dotazioni organiche nei vari profili dirigenziali e di comparto dell'Azienda è da ricondursi al Piano di fabbisogno del personale del triennio 2023-2025 approvato con delibera n. 1203 del 29/07/2024 e successivamente modificato con delibere n. 1566 del 16/10/2024 e n. 1635 del 25/10/2024. Tale Piano ha come riferimenti parametrici i criteri di determinazione del fabbisogno di cui alla deliberazione GRC n. 190 del 19/04/2023. L'analisi parametrica riferita a tale norma è stata effettuata da parte di un gruppo di lavoro aziendale appositamente costituito, consentendo la formulazione del fabbisogno di personale per tutti i profili professionali e per tutte le strutture dell'Azienda, poi sottoposto al vaglio della UOC Gestione Risorse Umane per la conseguenziale armonizzazione con la capacità assunzionale effettiva consentita secondo le vigenti norme.

A valle della procedura sopra illustrata, il risultante quadro assunzionale del triennio 2023-2025 è compendiato nel sottostante prospetto, le cui risultanze evidenziano e confermano appieno quanto rappresentato in premessa circa il notevole margine di carenza organica che rimane ancora da coprire ponendo in atto un ulteriore sforzo, al pari di quanto fin qui profuso da parte di questa Direzione Strategica, per il completamento delle dotazioni dirigenziali e di comparto.

Tab. A AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 *	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA
RUOLO SANITARIO	5.114	7.362	78	2.248	883
Dirigenti Medici	1.372	2.659	24	1.287	409
Dirigenti Sanitari non medici	153	230	12	77	65
Personale del comparto area sanitaria	3.589	4.473	42	884	409
<i>di cui personale infermieristico</i>	<i>2.905</i>	<i>3.675</i>	<i>42</i>	<i>770</i>	<i>316</i>
RUOLO SOCIO-SANITARIO	779	1.095	19	316	279
Personale del comparto area socio-sanitaria	779	1.095	19	316	279
<i>di cui OSS</i>	<i>694</i>	<i>980</i>	<i>15</i>	<i>286</i>	<i>255</i>
<i>di cui Assistenti sociali</i>	<i>85</i>	<i>115</i>	<i>4</i>	<i>30</i>	<i>24</i>
RUOLO TECNICO	338	458		120	85
Dirigenti	19	50		31	10
Personale del comparto area tecnica	319	408		89	75
RUOLO PROFESSIONALE	24	35	-	11	6
Dirigenti	24	30	-	6	6
Personale del comparto area professionale	-	5	-	5	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	710	948	6	238	226
Dirigenti	31	40	1	9	9
Personale del comparto area amministrativo	679	908	5	229	217
TOTALE	6.965	9.898	103	2.933	1.479

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22

Al fine di pervenire ad una dotazione organica adeguata alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, con l'esercizio 2025 l'Azienda mira a dare completa esecuzione alle procedure di reclutamento di cui al suesposto piano di fabbisogni, formulato nel rispetto dei principi generali stabiliti con le *Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale delle Amministrazioni pubbliche* definite con il Decreto Ministeriale 8/05/2018, in attuazione degli artt.6 e 6-ter del D.Lgs. 165/2001 come novellati dall'art. 4 del D.Lgs. 75/2017, e precisamente:

- la programmazione dell'attività dell'Azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivante da vincoli nazionali e regionali, costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario nazionale;
- i predetti piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP) devono essere compatibili con il contenimento del costo del personale in linea con le indicazioni Nazionali e Regionali vigenti;
- i PTFP devono essere definiti a valle e in coerenza con gli atti aziendali di cui all'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e con l'attività programmatica dell'azienda complessivamente intesa, devono tener conto dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione realizzati attraverso le nuove tecnologie, garantire una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN, redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale, coerenti con il ciclo della performance oltre che con i principi generali di legalità e con la disciplina in materia di anticorruzione.

Circa le indicazioni di cui alla circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto "*Indicazioni applicative del ricorso al trattenimento in servizio di cui all'art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024 n. 207*", pubblicata sul sito istituzionale Funzione Pubblica il 20/01/2025, l'Azienda provvederà nel corso dell'esercizio a valutare la sussistenza delle esigenze funzionali non diversamente assolvibili in base alle quali è possibile individuare il personale dirigente e non dirigente a cui chiedere la disponibilità per il trattenimento in servizio. In applicazione della successiva Direttiva del 20/01/2025 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione con le *Indicazioni Applicative* per il ricorso al trattenimento in servizio in parola, l'Azienda subordinerà il limite massimo del 10% indicato dalla norma al fabbisogno numerico evidenziato nel redigendo Piano Triennale del Fabbisogno 2024-2026.

3.4 Piano della Formazione del personale

L'articolazione del Piano di Formazione aziendale viene predisposta annualmente ed approvata con apposito atto di deliberazione.

Vengono riportati di seguito i criteri metodologici e le finalità del Piano di formazione approvato con delibera n. 1984 del 19/12/2024 per l'anno 2024, in continuità del quale verrà approvato il piano 2025.

PIANO AZIENDALE FORMAZIONE

Anno 2024

PRESENTAZIONE

Il presente Piano Formazione anno 2024 definisce la programmazione dell'attività formativa interna che l'ASL Salerno si propone di realizzare nell'anno 2024 allo scopo di favorire la crescita professionale e culturale delle risorse umane operanti all'interno delle Strutture aziendali e di sostenere i processi di miglioramento complessivo del sistema aziendale di offerta dei Servizi, in coerenza con i programmi nazionali, regionali e aziendali.

La programmazione riportata nel Piano 2024 si compone di eventi residenziali e di eventi da realizzare in modalità Formazione A Distanza (FAD).

L'erogazione dei Corsi FAD, sia nella tipologia asincrona, che nella tipologia sincrona del webinar, avverrà tramite la piattaforma informatica per l'erogazione di Corsi in modalità Formazione A Distanza.

Nell'anno 2024 l'UOC Formazione e Aggiornamento svolgerà funzione di orientamento e supporto al fine di favorire sempre maggiore competenza sia nella creazione che nell'ideazione di Corsi FAD aziendali, sia nella diffusione tra il personale dipendente della capacità di utilizzare - in autonomia e con appropriatezza - la piattaforma informatica.

GLI OBIETTIVI FORMATIVI DEL PIANO FORMAZIONE 2024

Tutti i corsi di Formazione del Piano 2024 sono riconducibili a uno degli obiettivi formativi ECM declinati sulla piattaforma regionale. Di seguito si elencano gli obiettivi presenti nel Piano Formazione 2024:

1. applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN -EBP);
2. linee guida -protocolli —procedure;
3. documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza — profili di cura;
4. appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
5. sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
6. integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
7. epidemiologia - prevenzione e promozione della salute — diagnostica — tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
8. management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
9. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;

10. contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, incluse le malattie rare e la medicina di genere;
11. trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
12. fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale) nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali;
13. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
14. sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
15. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionale;
16. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
17. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione e trapianto
18. Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione
19. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza
20. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema;

ARTICOLAZIONE DEL PIANO FORMAZIONE 2024

Il Piano è articolato in due Sezioni:

- Sezione 1: Corsi a carico del Fondo Formazione
- Sezione 2: Corsi a carico di Fondi finalizzati

Per ciascun Corso sono specificati gli elementi generali di ciascun progetto formativo e precisamente:

- la Struttura proponente;
- il titolo;
- il Responsabile Scientifico del Corso;
- gli obiettivi formativi e i contenuti di massima;
- la durata;
- il numero di partecipanti atteso e le categorie professionali destinatarie.

I Corsi di Formazione sono destinati alla Formazione del personale dipendente e al personale convenzionato, in attuazione di programmi formativi validati dagli organismi aziendali preposti alla Formazione del predetto personale convenzionato. Di volta in volta, in relazione a specifiche e motivate esigenze formative possono

essere ammessi ai Corsi, soltanto in qualità di partecipanti, anche professionisti, operatori, soggetti esterni all'ASL Salerno.

PERCORSO DI COSTRUZIONE E GESTIONE DEL PIANO DELLE ATTIVITA' FORMATIVE INTERNE

L'iter di costruzione del Piano ha preso avvio con l'invio della richiesta alle Strutture aziendali di presentare programmi formativi rispondenti allo specifico fabbisogno formativo. L'UOC Formazione e Aggiornamento ha assicurato la fase di elaborazione del Piano Formazione attraverso le seguenti azioni:

- analisi delle progettualità pervenute e della loro coerenza con obiettivi aziendali, regionali, nazionali e individuazione dei programmi da inserire nella proposta di Piano Formazione;
- elaborazione della proposta di Piano Formazione;
- invio del Piano ai Comitato Scientifico ECM per la validazione scientifica dei Corsi e dei relativi responsabili scientifici;
- invio del Piano Formazione alle Organizzazioni Sindacali;
- predisposizione della proposta di atto deliberativo del Piano Formazione da sottoporre alla Direzione Generale per l'approvazione e la sua divulgazione presso tutte le articolazioni aziendali.

A seguito dell'approvazione del Piano Formazione con deliberazione del Direttore Generale, l'UOC Formazione e Aggiornamento provvede all'attuazione e gestione del Piano, attraverso le seguenti azioni:

- Informa i Direttori dei Macrocentri proponenti e i Responsabili Scientifici sull'avvenuta approvazione del Piano;
- Autorizza l'attivazione dei Corsi inseriti nel Piano dopo aver acquisito i relativi progetti di dettaglio predisposti dai Responsabili Scientifici e previa verifica della congruità del Piano economico con le risorse assegnate, della coerenza dei contenuti e obiettivi indicati nel progetto di dettaglio con quelli presenti nel Piano Formazione, della conformità del programma proposto e delle modalità di esecuzione agli atti di indirizzo e regolamenti aziendali. In caso di difformità, indica le eventuali modifiche/integrazioni.
- - predispone, lettere d'incarico per docenti, tutor, moderatori, individuati dai responsabili Scientifici e, per i corsi di particolare rilievo aziendale, dalla Direzione Strategica;
- cura l'istruttoria dei procedimenti amministrativi necessari all'attuazione ed erogazione degli eventi formativi
- supervisiona e coordina le fasi di organizzazione ed erogazione Corsi;
- supporta le strutture aziendali nella fase di elaborazione di eventi in modalità FAD;
- supporta le strutture aziendali e i destinatari degli interventi formativi FAD nella fase di fruizione dei singoli corsi;
- provvede alla liquidazione delle spese sostenute;
- effettua le procedure di accreditamento ECM, nel rispetto della normativa vigente.

LA FORMAZIONE OBBLIGATORIA

Il presente Piano di Formazione individua quale formazione obbligatoria gli interventi formativi rispondenti a uno o più dei seguenti criteri:

- i Corsi previsti come obbligatori da norme di legge (es. D.Lgs. 81, per Rappresentanti Lavoratori Sicurezza, etc.) - i Corsi individuati come obbligatori dalla Direzione Generale, per le categorie di personale indicate nelle disposizioni di attivazione di ciascun singolo Corso;
- i Corsi proposti dai Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Servizi Centrali aziendali: detti Corsi costituiscono formazione obbligatoria per il personale afferente al Macrocentro/Servizio proponente, limitatamente ai profili professionali individuati quali destinatari della formazione nell'ambito del progetto operativo del Corso redatto dal Responsabile Scientifico e condiviso dal Direttore responsabile del Macrocentro. Il progetto operativo può prevedere l'estensione del Corso anche a Presidi Ospedalieri/Distretti/Dipartimenti/Servizi aziendali diversi da quello proponente, riservando agli stessi un determinato numero di iscrizioni. In questo caso la valutazione dell'obbligatorietà/non obbligatorietà della formazione viene effettuata, di concerto, dal Direttore del P.O./ Distretto/Dipartimento /Servizio di afferenza dei dipendenti e dai Direttori delle Unità Operative coinvolte, i quali, ricevuto l'invito a partecipare e valutati i contenuti del Corso, autorizzeranno/non autorizzeranno ulteriori costi e disagi aggiuntivi legati alla necessità, tipica della formazione residenziale, di quei dipendenti che ne avranno fatto richiesta .

Per assicurare una chiara individuazione dei destinatari della formazione obbligatoria, nell'ambito del progetto e/o della documentazione di corredo a ciascun Corso saranno precisati i seguenti elementi:

- le aree di attività e le categorie professionali destinatarie della Formazione;
- il numero massimo dei partecipanti;
- per ciascun Corso proposto dai Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Servizi aziendali, se si prevede l'estensione del Corso anche ad altri Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Servizi, con indicazione delle specifiche categorie professionali destinatarie e del numero di iscrizioni agli stessi riservate.

I profili professionali che non partecipano in formazione obbligatoria, sulla base dei criteri e modalità procedurali sopra descritte, possono, a domanda, partecipare in formazione facoltativa, purché si registri una disponibilità di iscrizioni.

Il Piano Formazione 2024 privilegia la Formazione interna all'Azienda.

L' EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

L'ASL Salerno è provider regionale ECM dall'Anno 2013

Tutti i Corsi rivolti al personale di ruolo sanitario saranno accreditati ECM.

PRESENTAZIONE DEL PIANO FORMAZIONE ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Le linee generali di indirizzo del Piano di Formazione sono sottoposte, ai sensi della normativa contrattuale vigente, al confronto con le OO.SS. Ci si riserva di apportare, in ogni momento, compatibilmente con le risorse disponibili, modifiche/integrazioni al presente Piano qualora se ne riscontrasse l'esigenza, a seguito di ulteriori confronti a tale livello.

3.5 Piano triennale per l'Informatica

L'Azienda ASL Salerno pianifica lo sviluppo delle tecnologie informatiche attraverso l'utilizzo dei fondi resi disponibili dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, proseguendo nel 2024 i percorsi definiti secondo le progettualità della Missione 6 – Salute:

- M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
- M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
- M1C1 (1.1: Infrastrutture digitali e 1.2: Abilitazione al Cloud delle PA locali)

Il perseguimento degli obiettivi del PNRR riveste per l'Azienda carattere di priorità nonché di forte spinta all'innovazione ed alla digitalizzazione.

Le principali progettualità sulle quali l'ASL ha investito per raggiungere gli obiettivi di aggiornamento tecnologico in ambito informatico e di digitalizzazione dei processi e servizi sanitari sono così riassunti:

- Servizi applicativi in ottica Cloud e PMO (Delibera n. 4 del 10/01/2023);
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero attraverso Accordo quadro Consip
 - Centrali Telefoniche 8 (Delibera n. 508 del 05-05-2023)
 - Reti Locali 7 (Delibera n. 510 del 05-05-2023)
 - Reti Locali 8 (Delibera n. 1829 del 29/12/2023)
 - Potenziamento sistemi cybersecurity (Delibera nr. 1170 del 01/09/2023 e delibera nr. 1303 del 02/10/2023)
 - Migrazione del Data center on prem sul Polo Strategico Nazionale (Cloud PA) (Delibera 711 del 30-04-2024)
 - Catalogazione cartelle cliniche e conservazione (aggiudicazione in corso)
 - Rete WF nei presidi ospedalieri (Delibera n. 1057 del 26.06.2024)
 - Evoluzione del Sistema Informativo ospedaliero (SIO) (Cartella clinica elettronica)
 - Evoluzione sistemi di diagnostica (LIS, SIT, AnaPat, RIS, Endoscopia Digestiva), integrate nel SIO (in via di predisposizione CT per appalto, a valere sul PNRR)
 - Digitalizzazione Area Cardiologica-Emodinamica, integrate nel SIO (predisposizione studio fattibilità).

Mentre con gli investimenti della componente 1 della missione 6 si stanno ponendo le basi per la realizzazione di nuove strutture territoriali - quali le reti di prossimità, strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) - gli investimenti della componente 2 consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Implementazione di un nuovo sistema informativo per l'attivazione della Cartella Clinica Territoriale (cct.aslsalerno.it):

L' UOC Servizio Informativo Aziendale ha provveduto ad investire sull'ammodernamento digitale del parco tecnologico, in particolare sulle infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere e territoriali che presentano un significativo grado di obsolescenza che aumenta il rischio di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema.

Si riportano di seguito i provvedimenti dirigenziali emanati nel 2023 dalla UOC Servizio Informativo Aziendale che pianificano le attività per il prossimo triennio.

Delibera n. 4 del 10/01/2023 ad oggetto:

“Adesione all’A.Q. Consip “Servizi applicativi in ottica Cloud e PMO” – Lotto 5 - CIG:8210634D82- Fornitore RTI: Engineering Ingegneria Informatica spa (Mandataria) Intervento rientrante nel P.O.R. del P.N.R.R.: M6. C2. – Misura 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Digitalizzazione”

Finalità: attivazione degli A.Q./Convenzioni da parte della Consip spa per il supporto alle pubbliche amministrazioni nelle attività di digitalizzazione dei servizi in ottica del paradigma cloud first (*razionalizzazione delle infrastrutture di network, virtualizzazione delle risorse computazionali, cyber security, disaster recovery, business continuity, green ICT, ecc.*).

Obiettivo prioritario e strategico della proponente UOC, nel rispetto delle Linee guida emanate da AgID e dal Dipartimento per la trasformazione digitale della PA, è migrare in cloud i sistemi applicativi in esercizio presso il CED, mediante l’acquisto di servizi *IaaS* e *PaaS* disponibili su A.Q./Convenzioni Consip, rafforzato anche dal fatto che i server del SIA hanno completato il loro ciclo di vita (classificati EoL/S dai fornitori).

Si riportano di seguito i sistemi applicativi in esercizio dal SIA che verranno migrati in cloud:

SW Area Sanitaria	SW Area Amministrativa
Anagrafe Centralizzata (Clienti-Utenti/Operatori)	Risorse umane - Sistema Giuridico - Pianta organica
Accettazione Ospedaliera/ADT Ricoveri	Risorse umane - Sistema Rilevazione Presenze - Lettori badge
Pronto Soccorso	Risorse umane - Sistema Economico
Order Entry prestazioni e logistica - Armadietto farmaceutico	Portale WEB del personale
Blocco Operatorio	AMC - Sistema Contabile e Budget (ante 2022)
Repository-FSE	AMC - Sistema Patrimonio e gestione cespiti (ante 2022)
SW Area Diagnostica	AMC - Sistema Protocollo - Delibere - Determine
Laboratorio Analisi di patologia clinica e microbiologia	SW Area Territoriale
Laboratorio immuno-trasfusionale	Anagrafe assistiti/Scelta e revoca MMG e PLS (ante 2020)
Anatomia Patologica e Citogenetica	Prenotazione Prestazioni (CUP/ALPI) - Cassa Ticket (ante 2020)
SW Area Direzionale	Dipartimento di Salute Mentale
Piattaforma di Business Intelligence, DWH e Debiti informativi	Dipartimento di Prevenzione (Vaccinazioni)
SW integrazioni sistemi terzi (Sinfonia,TS, Aruba, FSE, SIAC,RIS)	Riabilitazione, ADI, Protesi e Ausili

In data 04.10.2022 è stato attivato l’Accordo Quadro “Servizi applicativi in ottica Cloud e PMO - lotto 5 (PAL macroarea centro-sud, per contratti di dimensioni medio-piccole, inferiori o uguali a € 5 Mln), nell’ambito delle gare afferenti al Piano strategico ICT 2019-2022 elaborato da AgID e Consip.

Attraverso l’adesione al citato A.Q. è possibile acquisire i servizi a cui l’Asl è interessata, vale a dire:

- Migrazione applicativa al Cloud;
- Manutenzione adeguativa e correttiva di software pregresso e non in garanzia;
- Evoluzione di applicazioni software esistenti;
- Gestione portafoglio applicativo e Base dati;

per una durata di 24 mesi decorrenti dalla data di adesione.

Ai fini della predisposizione dello studio di fattibilità tecnico-economico, prodromico del dimensionamento del Piano dei Fabbisogni, è stato attivato, in seno alla proponente UOC, un gruppo di lavoro, in ragione:

- della complessità dei sistemi coinvolti nella progettazione esecutiva delle attività di migrazione al cloud (senza soluzione di continuità operativa e in sicurezza applicativa);

- della circostanza che questa progettualità rappresenta una delle prime esperienze in sanità regionale di migrazione al cloud delle applicazioni in toto dell'area amministrativa e dell'area sanitaria (comprese le relative banche dati, con una profondità storica dei dati di circa 10 anni);

Inoltre il Piano dei fabbisogni prevede, oltre alla migrazione in cloud del SIA:

- la evoluzione, in continuità operativo-funzionale, dei software dell'Area diagnostica (Laboratorio di analisi e Immuno-trasfusionale) in versione web/mobile;
- la evoluzione del modulo sw Protocollo e Delibere - Area amministrativa - in versione web/mobile, come piattaforma unica aziendale di workflow documentale, con predisposizione ad ospitare anche la gestione delle Determine dirigenziali;
- la presenza on-site di n. 2 risorse professionali, specialisti sulle procedure applicative, necessarie per il supporto avanzato ai key-user presso le unità operative e i macrocentri di responsabilità;
- l'assistenza tecnica e la manutenzione dei sistemi applicativi con SLA adeguati ai servizi ospedalieri;
 - che, in ragione di questo, i servizi strettamente necessari da acquisire dall' A.Q. sono:
 - Servizio di migrazione applicativa al Cloud (MI);
 - Servizio di manutenzione correttiva e adeguativa (MC-MD);
 - Servizio di evoluzione di applicazioni esistenti (EV);
 - Servizio di gestione del portafoglio applicativo e della base dati (GA).

Si riporta di seguito il Sistema Applicativo e relativa tipologia di servizio con i rispettivi Costi di migrazione previsti dal Fornitore che ha ottenuto il maggiore punteggio sul Comparatore Consip RTI ENGINEERING :

AQ S.A.C. 24 mesi (Totale € 1.778.251,00 I.E.)	FLAT: da fatturare in n.8 canoni trimestrali		Fatturazione al collaudo	Fatturazione al collaudo	
Sistema applicativo (SIA)	MC-MD SIA	GA SIA	MI SIA	EV	MI EV
AREA PERSONALE - AREAS HR	187.920	25.334	29.000	-	-
Sistema Economico	83.520	10.858	10.000	-	-
Sistema Giuridico	20.880	3.619	4.000	-	-
Sistema Presenze	41.760	3.619	7.000	-	-
Sistema Capitale Umano	20.880	3.619	4.000	-	-
Portale del personale	20.880	3.619	4.000	-	-
AREA AFFARI GENERALI	62.640	10.858	8.000	200.000	20.000
Protocollo - Delibere	34.800	7.238	5.000	200.000	20.000
Determine (E-Praxy)	27.840	3.619	3.000	-	-
AREA TERRITORIALE - AREAS	97.440	14.477	6.000	-	-
Dipartimento di Salute Mentale	27.840	3.619	2.000	-	-
Dipartimento di Prevenzione (PUA)	27.840	3.619	2.000	-	-
Gestione Riabilitazione, Protesi e Ausili + ADI	41.760	7.238	2.000	-	-
AREA SANITARIA	389.760	57.907	26.000	-	-
Anagrafe Centralizzata	41.760	7.238	2.000	-	-
Accettazione Ospedaliera	83.520	14.477	6.000	-	-
Pronto Soccorso	83.520	14.477	5.000	-	-
Order Entry	83.520	10.858	6.000	-	-
Blocco Operatorio	48.720	7.238	4.000	-	-
Repository/Dossier FSE	48.720	3.619	3.000	-	-
AREA DIAGNOSTICA	146.160	21.715	18.000	260.000	30.000
LIS Web - Laboratorio Analisi e microbiologia	83.520	10.858	10.000	220.000	20.000
AP Web - Anatomia Patologica e Citogenetica	41.760	7.238	2.000	-	-
SIT Web - Immuno Trasfusionale	20.880	3.619	6.000	40.000	10.000
Presidio on site (Risorse Specialistiche n.2,5)	167.040				
Totale	1.050.960,00	130.291,20	87.000,00	460.000,00	50.000,00

il Quadro economico prevede un corrispettivo complessivo pari a 1.778.251,20, Iva esclusa, il cui dettaglio è il seguente:

- EV: Evoluzione di applicazioni software esistenti, € 460.000,00;
- MI: Migrazione applicativa al cloud, € 137.000,00;
- MD-MC: Manutenzione adeguativa e Manutenzione correttiva di "SW pregresso e non in garanzia", € 1.050.960,00;
- GA: Gestione del Portafoglio applicativo, Base dati, Supporto on site, pari a € 130.291,20.

Con la Delibera n. 4/2023 sono stati approvati i seguenti documenti:

- Piano operativo, proposto dal RTI Engineering I.I.spa (Mandataria), per l'adesione all' Accordo Quadro Consip "Servizi applicativi in ottica Cloud e PMO" – Lotto 5", il cui relativo Quadro economico è composto dalle seguenti macrovoci di spesa, con indicazione dei relativi importi, Iva compresa:

Servizio	Anno 2023	Anno 2024	Totale
MD-MC: Manutenzione adeguativa, correttiva ed evolutiva SW SIA	641.085,60	641.085,60	1.282.171,20
GA: Gestione del Portafoglio applicativo, Base dati, Supporto on site	79.477,63	79.477,63	158.955,26
MI: Migrazione Applicativa del SIA al Cloud	106.140,00	0	106.140,00
EV: Evoluzione di Applicazioni Software	561.200,00	0	561.200,00
MI: Migrazione Applicativa del SW EV al Cloud	61.000,00	0	61.000,00
TOTALE (Iva inclusa)	1.448.903,23	720.563,23	2.169.466,46

per un importo complessivo pari a € 2.169.466,46;

- il seguente quadro economico ai fini della assegnazione degli incentivi previsti all'art. 113 del D.Lo 50/2016:

A) Importo complessivo della fornitura dei servizi (Iva esclusa)	1.778.251,20
B) Somme da destinare agli incentivi per funzioni tecniche (art.113 d.lgs n.50/2016, pari al 2% di A)	35.565,02
B1) Quota destinata al personale del ruolo tecnico - comparto - impegnato nel progetto (pari all'80% di B)	28.452,02
B2) Quota destinata al Fondo per Progetti di innovazione/formazione (pari al 20% di B)	7.113,00

- il seguente quadro economico complessivo del progetto:

Esercizio 2023 - Conto Economico 5.03.05.01.01	1.477.355,25
Esercizio 2024 - Conto Economico 5.03.05.01.01 (a regime)	720.563,23
Totale (iva inclusa)	2.197.918,48

- il Contratto Esecutivo dell'A.Q.

Delibera n. 508 del 05-05-2023 ad oggetto:

"Delibera n.980 del 29.07.2022 di adesione all'A.Q. Consip "Centrali Telefoniche 8". Intervento rientrante in parte nel P.O.R. del P.N.R.R.: M6.C2. Misura1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Digitalizzazione DEA I Liv. Approvazione nuovo quadro economico."

Finalità: Utilizzo dei Fondi messi a disposizione all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'ambito della Missione 6: "Salute", Componente 2: "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN", Investimento 1.1: "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", che prevede il sub

Investimento 1.1.1., denominato “Digitalizzazione dei DEA I e II livello”, con definizione delle risorse economiche assegnate (n. 280 DEA I e II livello, per un importo complessivo pari a circa € 1,45 MLD).

La regione Campania, con DGRC n.249 del 24.05.2022, nell’ambito delle risorse assegnate dal PNRR, ha approvato il Piano operativo regionale (POR), contenente per ciascun investimento gli Action Plan e le Schede dei singoli interventi da realizzare, con delega alle aziende del SSR all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione e al funzionamento degli interventi/progetti finanziati.

Il POR, relativamente al sub Investimento 1.1.1, assegna alla Asl Salerno un finanziamento di circa 4 milioni di euro per ciascuno dei DEA di I livello (Nocera/Pagani/Scafati; Eboli/Battipaglia/Roccamare; Vallo della Lucania/Agropoli; Sarno, Polla, Sapri) e, di conseguenza, sono state registrate sulla piattaforma sw REGIS (messa a disposizione dal MEF/RGS), da utilizzare per la gestione e la rendicontazione degli interventi finanziati dal PNRR, le seguenti schede progetto, con i relativi importi assegnati:

DEA 1° livello	Codice Unico Progetto	Importo	IVA	A disposizione	Totale
Nocera/Pagani/Scafati	C67H22000850006	3.216.264,00	707.578,08	83.877,76	4.007.719,84
Eboli/Battipaglia/Roccamare	C87H22000640006	3.227.942,08	710.147,26	69.630,50	4.007.719,84
Vallo della Lucania/Agropoli	C67H22000860006	3.208.797,00	705.935,34	92.987,50	4.007.719,84
Ospedale di Sarno	C67H22000870006	2.310.997,60	508.419,47	1.188.302,77	4.007.719,84
Ospedale di Polla	C47H22000770006	2.350.497,60	517.109,47	1.140.112,77	4.007.719,84
Ospedale di Sapri	C57H22000690006	2.310.997,60	508.419,47	1.188.302,77	4.007.719,84
	Totale=>	16.625.495,88	3.657.609,09	3.763.214,07	24.046.319,04

Con la Delibera n. 508/2023 è stata approvata la parziale modifica di quanto disposto con la delibera n. 980 del 29.07.2022, di adesione all’A.Q. Consip “Centrali telefoniche 8”, che l’importo complessivo della fornitura di cui trattasi, pari a € 2.624.137,18 (Iva inclusa), come da OdA Consip n.6895401/2022 e relativo CIG derivato n. 9351258638/2022, venga fatto gravare, per complessivi €2.170.343,00 (i.i.) sui fondi PNRR, ripartiti a loro volta per DEA, e per complessivi € 453.794,18 (i.i.) sul bilancio aziendale C.P.: 1.01.02.03.10 - Impianti/Rete dati/fonia, Bilancio 2023/24/25, come indicato nel seguente quadro economico:

DEA I liv	CUP -Codice progetto	Importo	Iva	Totale PNRR
Nocera-Pagani-Scafati	C67H22000850006	508.070,07	111.775,42	619.845,49
Eboli-Battipaglia-Roccamare	C87H22000640006	486.297,85	106.985,53	593.283,38
Vallo Lucania-Agropoli	C67H22000860006	314.404,90	69.169,08	383.573,98
Sarno	C67H22000870006	166.051,18	36.531,26	202.582,44
Sapri	C57H22000690006	150.461,42	33.101,51	183.562,93
Polla	C47H22000770006	153.684,25	33.810,54	187.494,79
Totale a valere sul PNRR		1.778.969,66	391.373,33	2.170.343,00
Altre strutture Asl	Bilancio C.P.: 1.01.02.03.10	Importo	Iva	Totale C.P.
PO Oliveto		151.349,68	33.296,93	184.646,61
Sedi DG e DD.SS.		220.612,76	48.534,81	269.147,57
Totale a valere sul Bilancio		371.962,44	81.831,74	453.794,18
Totale complessivo fornitura CT8		2.150.932,10	473.205,07	2.624.137,18

ripartito secondo il seguente Piano economico annuale:

Fornitura	2023	2024	2025
Totale forniture beni	1.548.019,99	-	-
Totali per servizi di Installazione, formazione, avviamento, supporto on site	590.056,78	-	-
Totale Manutenzioni/Assistenza tecnica	106.432,38	141.247,28	141.247,28
Servizi di telegestione (livello Gold)	32.377,87	32.377,87	32.377,87
Totale (Iva Inclusa)	2.276.887,02	173.625,15	173.625,15

Delibera n. 510 del 05-05-2023 ad oggetto:

“Delibera n.973 del 25.07.2022 di adesione alla convenzione Consip “RetiLocali 7”. Intervento rientrante in parte nel P.O.R. del P.N.R.R.: M6.C2. - Misura 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: Digitalizzazione DEA ILiv. Approvazione nuovo quadro economico Aziendale”.

Finalità: Analogamente a quanto previsto nella delibera n. 508 del 05-05-2023 di cui sopra la delibera n. 510 aggiorna la rendicontazione prevista per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell’ambito della Missione 6:“Salute”, Componente 2:“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN”, Investimento1.1:“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, prevede il sub Investimento 1.1.1., denominato “Digitalizzazione dei DEA I e II livello”, con definizione delle risorse economiche assegnate (n. 280 DEA I e II livello, per un importo complessivo pari a circa € 1,45 MLD); -che la regione Campania, con DGRC n.249 del 24.05.2022, nell’ambito delle risorseassegnate dal PNRR, ha approvato il Piano operativo regionale - POR - contenente per ciascun investimento gli Action Plan e le Schede dei singoli interventi da realizzare, con delega alle aziende del SSR all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione e al funzionamento degli interventi/progetti finanziati;- che il POR, relativamente al citato sub Investimento 1.1.1, assegna alla Asl Salerno un finanziamento di circa 4 milioni di euro per ciascuno dei DEA di I livello(Nocera/Pagani/Scafati; Eboli/Battipaglia/Roccadaspide; Vallo della Lucania/Agropoli; Sarno, Polla, Sapri).

Con delibera n.973 del 25.07.2022 è stata approvata l’adesione alla convenzione Consip “Reti Locali 7” (Id gara: 2096, aggiudicatario: Vodafone Spa/Converge Spa) CIG derivato: 9341582555, per un importo iva esclusa pari a €583.525,74, per la fornitura di servizi e sistemi hardware (armadi rack, switch, ups, cablaggio LAN) presso le sedi DEA I livello: Nocera/Pagani/Scafati,Eboli/Battipaglia/Roccadaspide, Vallo della Lucania/Agropoli, nonché presso la sede della Direzione Generale e presso le sedi dei seguenti distretti sanitari: DS63, DS64,DS65 e DS70, necessari per il processo di potenziamento e ammodernamento del piano di digitalizzazione e connettività della Asl Salerno.

La Delibera n.510 approva la parziale modifica di quanto disposto con la delibera n. 973 del 25.07.2022, di adesione alla convenzione Consip “Reti Locali 7”, che l’importo complessivo della fornitura di cui trattasi, pari a € 711.901,40 (iva inclusa), come da Oda Consip n.6893022/2022 e relativo CIG derivato n. 934158255/2022, venga fatta gravare, per complessivi € 443.233,80 (i.i.) sui fondi PNRR, ripartiti a loro volta per DEA, e per complessivi € 268.667,60 (i.i.) sul bilancio aziendale C.P.: 1.01.02.03.10 -Impianti/Rete dati, Bilancio 2023/24, come indicato nel quadro economico:

DEA I liv	CUP -Codice progetto	Importo	Iva	Totale PNRR
Nocera-Pagani-Scafati	C67H22000850006	143.471,01	31.563,62	175.034,63
Eboli-Battipaglia-Roccamare	C87H22000640006	119.946,43	26.388,21	146.334,64
Vallo Lucania-Agropoli	C67H22000860006	69.698,10	15.333,58	85.031,69
Sarno	C67H22000870006	16.586,13	3.648,95	20.235,08
Sapri	C57H22000690006	4.966,62	1.092,66	6.059,28
Polla	C47H22000770006	8.638,10	1.900,38	10.538,48
Totale a valere sul PNRR		363.306,39	79.927,40	443.233,80
Altre strutture Asl (DG/DS)	Bilancio C.P.: 1.01.02.03.10	Importo	Iva	Totale C.P.
PO Oliveto		9.295,40	2.044,99	11.340,39
Sedi DG e DD.SS.		210.923,95	46.403,27	257.327,21
Totale a valere sul Bilancio		220.219,35	48.448,26	268.667,60
Totale complessivo fornitura RL7		583.525,74	128.375,66	711.901,40

ripartito secondo il seguente Piano economico annuale:

Fornitura	2023	2024
Configurazioni porte/schede/switch - Predisposizioni	2.497,62	-
Fornitura cavi/patch/rack/switch/ups/panel	284.989,30	-
Installazioni, Lavori, Opere (+ Dettaglio DEI)	254.648,68	169.765,79
Totale (Iva Inclusa)	544.158,61	171.789,79

L'impatto del costo sul bilancio aziendale viene consequenzialmente ridotto ad euro 268.667,60.

Delibera n. 1829 del 29/12/2023 ad oggetto:

“Adesione alla convenzione Consip “Reti Locali 8” - Lotto 2. Intervento rientrante nel P.O.R. del P.N.R.R.: M6.C2. - Misura 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: Digitalizzazione DEA I Liv. Sedi DEA: Nocera-Pagani-Scafati e Vallo della Lucania-Agropoli.”

Finalità: Adesione alla nuova convenzione Consip “Reti Locali 8” (Id gara: 2223 - CIG: 9543706356), aggiudicatario RTI: Vodafone Spa (mandataria) e Converge srl; tramite fondi PNRR Missione 6: “Salute”, Componente 2: “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN”, Investimento 1.1: “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, prevede il sub Investimento 1.1.1., denominato “Digitalizzazione dei DEA I e II livello”, con definizione delle risorse economiche assegnate.

Adesione alla Convenzione Consip solo per la fornitura del materiale hw (switch, armandi, connettori, ecc.), senza necessità quindi del DUVRI; Acquisito l'autorizzazione alla relativa spesa n. 1000017100 in data 28.12.2023 di importo pari a € 146,699,59 (iva inclusa), a gravare sul conto patrimoniale 1.01.02.03.10 Impianti/Rete dati, prevista nella programmazione/fabbisogno annualità 2023/24.

La Delibera approva:

- a. il Piano esecutivo per l'adesione alla convenzione Consip "Reti Locali 8" - Lotto 4 (RTI Vodafone spa Converge spa) e il relativo Quadro economico:

DEA I liv	CUP -Codice progetto	Importo	Iva	Totale
Nocera-Pagani-Scafati	C67H22000850006	72.780,14	16.011,63	88.791,77
Vallo Lucania-Agropoli	C67H22000860006	47.465,43	10.442,39	57.907,82
Totale a valere sul PNRR		120.245,57	26.454,02	146.699,59

per un importo complessivo pari a € 146.699,59;

- b. ai fini della assegnazione degli incentivi previsti all'art. 113 del D.Lo 50/2016, il seguente quadro economico:

A) Importo complessivo della fornitura dei materiale/dispositivi (iva esclusa) 120.245,57

B) Somme da destinare agli incentivi per funzioni tecniche (art.113 d.lgs n.50/2016, pari al 2% di A)	2.404,91
B1) Quota impegnabile nel progetto (pari all'80% di B)	1.923,93
B2) Quota destinata al Fondo per Progetti di innovazione/formazione (pari al 20% di B)	480,98
B3) Oneri Previdenziali e assistenziali	469,71
B4) Quota effettivamente destinata al personale del comparto impegnato nel progetto	1.454,22

Per ciascuna delle sedi interessate dagli interventi di upgrade della rete dati (con impatto anche sulla rete fonia), è necessario prevedere le seguenti Fasi/Azioni di altissima complessità, da eseguire senza interruzione del servizio di connettività, soprattutto nei presidi ospedalieri:

Fase 1: Assessment e Site preparation

1. Valutazione spazi/ambiente (armadio rack -> centro stella)
2. Valutazione interfacce apparati esistenti
3. Valutazione sistemi/rete dati Lan/VLan (traffico prioritario)
4. Valutazione percorsi ottimali

Fase 2: Attestazione switch in Lan/Wan

1. Attestazione circuiti in rame (STDE)
2. Attestazione circuiti in fibra ottica (STDO, se presente)
3. Procedure di test stand-alone
4. Attivazione Virtual Lan

Fase 3: Collaudo e messa in esercizio

1. Certificazione switch/cablaggio doppio installati;
2. Verifica connettività e classi di servizio
3. Verifica servizi di sicurezza informatica implementati
4. Collaudo finale di integrazione

Multimisura M1C1 1.1. e 1.2

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha previsto specifici obiettivi per la transizione digitale con particolare riferimento agli "Obiettivi Italia Digitale 2026 - Obiettivo 3 - Cloud e Infrastrutture Digitali" orientato alla migrazione dei dati e degli applicativi informatici delle singole amministrazioni. Per promuovere l'innovazione digitale nella Pubblica Amministrazione, l'Agenzia per l'Italia Digitale ha attivato un piano complessivo di trasformazione e digitalizzazione, ponendo al centro del modello strategico la componente infrastrutturale (come descritto nel Piano

Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2020-2022) con l'obiettivo di governare la trasformazione digitale. Le direttrici evolutive della componente infrastrutturale sono rappresentata da:

- Sovranità digitale;
- Sicurezza, assicurare un presidio tecnologico e operativo in grado di garantire i più alti standard di sicurezza:
 - Fisica (e.g. disaster recovery, business continuity, controllo accessi, etc.);
 - Informatica (e.g. prevenzione e risposta attacchi cyber, data protection, identity access management, etc.);
- Innovazione, attraverso le migliori soluzioni tecnologiche per le infrastrutture data center, la connettività, le piattaforme e i servizi cloud, garantendo trasferimento tecnologico di esperienze e know how con i leader globali.

In questo contesto, e relativamente alla razionalizzazione ed il consolidamento dei Data Center della Pubblica amministrazione, si inserisce la creazione del Polo Strategico Nazionale (PSN), una nuova infrastruttura digitale a servizio della PA italiana, che la dota di tecnologie e infrastrutture cloud affidabili, resilienti e indipendenti.

Allo scopo, la Asl Salerno ha partecipato all' Avviso multimisura 1.1 e 1.2 "*Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud*" per candidarsi a ricevere un finanziamento ad hoc, a valere sulle risorse del PNRR Misura1.

Il Dipartimento per la transizione digitale ha ammesso a finanziamento la candidatura presentata dalla Asl Salerno, a valere sui fondi relativi al "PNRR - Missione 1 - Componente 1 - Investimento 1.1 "Infrastrutture Digitali" e "Investimento 1.2 Abilitazione al Cloud per le PA locali" - ASL/AO (Marzo 2023), con decreto emesso in data 22.08.2023, Codice CUP C51C23000580006, per un importo pari a € 6.750.072,00 (lump sum).

L'oggetto del finanziamento è la migrazione di tutti i sistemi informativi e base dati in esercizio presso il CED dell'Asl Salerno, verso il PSN o verso la PA Adeguata predisposta dalla Regione Campania per ospitare gli applicativi SIAC e Sinfonia.

La Asl Salerno, quale soggetto attuatore della Multimisura, ha l'obbligo, al fine di garantire l'avvio del processo di migrazione, come declinato nell'avviso de qua, di contrattualizzare direttamente i fornitori dei sistemi applicativi, nel termine di 9 mesi dalla di approvazione del finanziamento, e dunque entro il 18.05.2024.

In data 17.01.2024 è stata firmata Convenzione fra Asl Salerno (Soggetto attuatore della M1.1. e 1.2) e la SoReSa spa, con la quale viene conferito a SoReSa il ruolo di Responsabile Intervento per la migrazione dei sistemi informativi centrali regionali (SIAC, Sinfonia, SIT, SIRES, Roc, Protale del cittadino, ecc.) che la Asl Salerno utilizza al pari di altre AS della Campania, verso il Cloud PA Adeguata, e per queste attività le viene ceduto una quota del finanziamento ricevuto, pari a € 3.317.832,00.

Le attività di SoResa sono in corso; per le attività di migrazione verso il PSN dei sistemi informativi in esercizio presso il CED, la Asl Salerno è in attesa di ricevere il Progetto dei fabbisogni da parte del Polo Strategico Nazionale, con il quale vengono fissati i costi e attivate effettivamente le risorse computazionali/storage assegnate alla Asl Salerno.

Nelle settimane scorse, il PSN è stato sollecitato formalmente a trasmettere il citato Pdf.

Potenziamento sistemi cybersecurity (Delibera nr. 1170 del 01/09/2023 e delibera nr. 1303 del 02/10/2023)

I principi del cloud-first e SaaS-first, la migrazione verso il PSN segnano un progressivo spostamento del traffico di rete verso soluzioni applicative cloud-based e cambiano il modo in cui deve essere gestito il network aziendale.

Rispetto a questo cambio di paradigma, la ASL Salerno, per poter implementare una connettività affidabile, veloce e sicura, intende adottare una architettura SD-WAN, che è una architettura software-based che consente di definire e gestire in modo centralizzato le politiche di routing della rete, migliorando la flessibilità e la scalabilità del network.

Per ciascun applicativo sarà possibile scegliere dinamicamente il path più adatto, migliorando l'esperienza utente.

La sicurezza perimetrale nell'ambito di SD-WAN è un elemento determinante. Fa riferimento alla protezione delle connessioni e dei dati che attraversano la rete estesa dell'azienda.

In questo quadro, SD-WAN e Next-Generation Firewall (NGFW) sono due tecnologie complementari che possono essere integrate per fornire una soluzione di rete sicura ed efficiente.

SD-WAN e NGFW consentono di combinare le funzionalità avanzate di ottimizzazione del traffico e gestione delle connessioni di SD-WAN con le capacità di rilevamento delle minacce e controllo degli accessi di un NGFW.

In una azienda sanitaria esiste una importante ed evidente correlazione tra ambiente IT (Information Technology) e OT (Operational Technology). Si tratta di una rilevante area sulla quale intervenire per migliorare l'efficienza e la sicurezza. Identificare le vulnerabilità e le minacce sia nell'ambiente IT che in quello OT e implementare misure di sicurezza adeguate contribuisce a migliorare il livello di sicurezza complessivo.

Per gli ambienti IT, EPP e EDR sono due distinti componenti della protezione degli endpoint. EPP è disegnato per prevenire le minacce di sicurezza, incluse le minacce note e ignote, sugli endpoint. Le soluzioni EDR, dall'altro lato, aiutano a individuare e a rispondere a incidenti che hanno interessato gli endpoint o altri dispositivi di sicurezza.

Gli EPP hanno un focus sulla prevenzione, gli EDR sul rilevamento e la risposta.

Tuttavia particolarmente critica è la sicurezza degli ambienti OT (Operational Technology), nello specifico degli apparecchi elettromedicali e dei dispositivi utilizzati per scopi medici (sistemi di imaging, automazione di laboratorio). In questo ambito, le soluzioni praticabili e più efficaci sono quelli di tipo transparent firewall in grado di evidenziare anomalie di comportamento e applicare tecniche di virtual patching.

L'azienda sanitaria ha acquistato i prodotti necessari per implementare gli obiettivi di efficienza, resilienza del network e rafforzamento della postura di sicurezza, come sopra esposti, ricorrendo all'accordo quadro fra Consip spa e il RTI Telecom Italia Spa (mandataria), denominato "Cybersecurity 2" (ID 2367) e per le componenti complementari ad una procedura di gara aperta. Gli acquisti hanno trovato piena copertura finanziaria nei fondi del relativo capitolo POR Campania FESR 2014-2020

Sono in corso le attività di deploy delle soluzioni di sicurezza acquistate.

Delibera n. 1057 del 26.06.2024): Realizzazione rete WF nei PO

Adesione alla convenzione Consip "Reti Locali 8" – Lotto 2 - Id 2223 Intervento rientrante nel P.O.R. del P.N.R.R.: M6.C2. - Misura 1.1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: Digitalizzazione DEA - Realizzazione rete wi-fi nei presidi ospedalieri e upgrade di reti locali.

Visto l'obiettivo della implementazione nativa in digitale della cartella clinica ospedaliera e ambulatoriale, utilizzabile anche con dispositivi mobili (tablet, smart phone, ecc.), e che è in via di implementazione una nuova infrastruttura centralizzata regionale per la gestione on line del magazzino farmaceutico e della logistica (c.d. micro logistica del farmaco) finalizzata alla completa tracciabilità del farmaco presso i reparti, in cui verranno installati gli armadi e i carrelli informatizzati e consegnati i dispositivi touch-screen mobili wireless (l'Asl Salerno è incaricata come Soggetto attuatore per il program management);

E' stata progettata una nuova infrastruttura Asl della rete wi-fi in tutti i reparti e negli uffici direzionali dei presidi ospedalieri. Piano economico:

DEA	CUP -Codice progetto	Importo Forn.	Iva	Totale PNRR
Nocera-Pagani-Scafati	C67H22000850006	299.881,96	65.974,03	365.855,99
Eboli-Battipaglia-Roccamare	C87H22000640006	340.652,54	74.943,56	415.596,10
Vallo Lucania-Agropoli	C67H22000860006	289.273,21	63.640,11	352.913,32
Sarno	C67H22000870006	178.582,31	39.288,11	217.870,42
Polla	C47H22000770006	215.248,12	47.354,59	262.602,71
Sapri	C57H22000690006	220.825,69	48.581,65	269.407,34
Totale a valere sul PNRR		1.544.463,83	339.782,04	1.884.245,87
Altre strutture Asl (non DEA)	Bilancio C.P.:	Importo	Iva	Totale C.P.
PO Oliveto		88.391,49	19.446,13	107.837,62
Sedi Territorio/DS		65.641,45	14.441,12	80.082,57
Totale a valere sul Bilancio		154.032,94	33.887,25	187.920,19
Totale complessivo fornitura RL8		1.698.496,77	373.669,29	2.072.166,06
Spesa per esercizio	2024	2025	Totale	
A valere sui fondi PNRR (DEA)	565.273,76	1.318.972,11	1.884.245,87	
A valere sul Bilancio ordinario	56.376,06	131.544,13	187.920,19	
TOTALE	621.649,82	1.450.516,24	2.072.166,06	

Delibera n. 987 del 18.06.2024): Nuovo SIO - Cartella Clinica elettronica

Adesione all'A.Q. Consip "Sanità digitale – Sistemi informativi clinico-assistenziali" Lotto 2 – Id. 2202 - CIG: 8765585592. Ordine diretto al fornitore Engineering I.I. spa (Mandataria RTI). Intervento rientrante nel P.O.R. del P.N.R.R.: M6.C2 – Misura: 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione DEA

SERVIZI RICHIESTI
Servizi di Sviluppo: Evoluzione di applicazioni sw esistenti)
Anagrafe Centralizzata
Accettazione Ospedaliera/ADT Ricoveri
Cartella clinica elettronica
Cartella clinica ambulatoriale
Pronto Soccorso
Order Entry prestazioni e logistica - Armadietto farmaceutico
Anatomia Patologica e Citogenetica
Digital Pathology
Integrazione Ospedale-Territorio: Cure Domiciliari
Dossier e Clinical Data Repository (CDR)
Integrazioni sistemi terzi (Sinfonia, TS, Aruba, FSE, SIAC, RIS, ecc.)
Servizi di Manutenzione delle piattaforme applicative
Manutenzione Adeguativa (MAD: FTE/Mese)
Manutenzione Correttiva ad hoc (MAD: FTE/Mese)
Servizi di Conduzione Applicativa delle piattaforme sw
Gestione Applicativi e Base Dati (GAB: GG/Team)
Supporto Specialistico (SS:GG/Team) (on-site)

Piano economico

Tipologia Servizio	2024	2025	2026	Totale
Servizi di Sviluppo	533.333,33	1.066.666,67	-	1.600.000,00
Servizi di Manutenzione Software	273.000,00	546.000,00	273.000,00	1.092.000,00
Servizi di Conduzione Applicativa	393.375,00	786.750,00	393.375,00	1.573.500,00
TOTALE	1.199.708,33	2.399.416,67	666.375,00	4.265.500,00
A valere sui fondi PNRR (DEA)	1.199.708,33	2.279.416,67	-	3.479.125,00
A valere sul Bilancio ordinario	0	120.000,00	666.375,00	786.375,00

DEA	CUP PNRR	% Posti	Quota a valere sul
Nocera/Pagani/Scafati	C67H22000850006	28,97	1.007.823,95
Eboli/Battipaglia/Roccamare	C87H22000640006	21,74	756.429,11
Vallo della Lucania/Agropoli	C67H22000860006	19,55	680.112,82
PO SARNO	C67H22000870006	9,87	343.423,31
PO POLLA	C47H22000770006	12,58	437.696,37
PO SAPRI	C57H22000690006	7,29	253.639,44
TOTALE		100,00	3.479.125,00

3.6 Piano attività di educazione e promozione della salute

Nell'ambito delle azioni positive rivolte al miglioramento del benessere della comunità degli assistiti, l'Azienda ha provveduto a definire un'articolata esposizione delle attività di educazione e promozione della salute, rivolte alle scuole e alle Comunità dei diversi Distretti Sanitari in base ai bisogni di salute e alle risorse di cui il territorio dispone, sotto forma di Catalogo Aziendale 2024/2025 approvato con delibera n. 1537 dell'8/10/2024.

Tale Catalogo delle Attività di Educazione e Promozione della Salute, pubblicato sul sito istituzionale della ASL Salerno nella sezione News e comunicati della Home Page » Documentazione, risponde all'obiettivo di promuovere benessere e salute nella popolazione, potenziando nei cittadini il livello di alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy). Attraverso il coinvolgimento della competente Struttura Aziendale *UOSD Promozione della Salute* del Dipartimento di Prevenzione, l'Azienda attiva i *Programmi di buone pratiche* inseriti nel Catalogo, finalizzati a migliorare ed aumentare le opportunità offerte alla popolazione scolastica e alla comunità secondo un approccio per *setting e life-course* basato sul mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza. Gli interventi programmati prevedono azioni multisettoriali e interdisciplinari, con il coinvolgimento di gruppi operativi che si caratterizzano per l'elevata integrazione tra professionalità appartenenti ai Servizi Sanitari pubblici e al Privato Sociale.



3.7 Piano di efficientamento energetico

Il Piano di efficientamento energetico è stato introdotto ai sensi della Nota Circolare n. 2/2022 Dipartimento Funzione Pubblica e in quanto rilevante tra le azioni positive aziendali viene qui inserito ad integrazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Di seguito si riportano le attività poste in essere da questa Azienda sotto il profilo dell'efficientamento energetico e quelle in linea generale programmate nel medesimo ambito che hanno interessato e interesseranno, per i siti sui quali sono programmati gli interventi, l'attivazione di impianti di cogenerazione, l'isolamento termico, l'installazione di impianti fotovoltaici, la coibentazione delle coperture, ma anche la sostituzione di infissi, l'utilizzo di corpi illuminanti a led e, non ultimo, la eventuale realizzazione di sistemi di gestione da remoto dell'accensione/spengimento impianti.

Tali misure, da ritenere stringenti e doverose in un contesto di generale criticità quale è l'attuale, si inserisce in un percorso più ampio che l'ASL Salerno ha già intrapreso da qualche anno con la finalità di abbattere i consumi e di posizionarsi sull'uso più efficace e responsabile delle fonti energetiche, attivando ogni possibile intervento di riduzione dei costi e di contenimento dei consumi legati ai processi aziendali, anche con l'adozione di buone pratiche quotidiane e comportamenti corretti.

Ospedali ed ambulatori sanitari sono, per loro natura, tra gli edifici più energivori; non fosse altro che perché devono funzionare ventiquattro ore su ventiquattro, tutto l'anno, e per questo si sta valutando di mettere a punto ed avviare un sistema di raccolta ed analisi di dati per il monitoraggio dei consumi attraverso una analisi propedeutica alla messa in campo poi di azioni mirate: nuovi investimenti, ma anche buone norme di comportamento, non potendo influire sulla variabile dei prezzi determinata dal mercato ma solo operare sul fronte dei consumi e dell'efficientamento energetico.

Di seguito si elencano le iniziative intraprese dall'ASL Salerno.

Ad oggi è realizzato e attivo l'impianto fotovoltaico installato come esperienza pilota sull'immobile in Via Ricco del Comune di Nocera Inferiore, migliorato con l'installazione di un pannello display a Led 4 VD elettronico necessario alla contabilizzazione dell'energia prodotta dall'impianto connesso in rete.

Tra le azioni messe in campo c'è anche la sostituzione delle lampade con sistemi di illuminazione più efficienti: nei Presidi Ospedalieri dell'ASL Salerno il 50 per cento circa dei corpi illuminanti è già oggi costituito da impianti a led e siamo attivi per la sostituzione dei sistemi meno efficienti (lampade fluorescenti compatte e lampade fluorescenti), nonché la sostituzione delle caldaie, l'adeguamento alla norma CEI 016 di oltre il 50% delle cabine elettriche di MT (Media Tensione) nei PP.OO. e nei DD.SS. che ha consentito l'abbattimento del costo del CTS (corrispettivo tariffario specifico) in bolletta (attualmente su 16 complessive ne sono state adeguate 10), installazione di Split ad energia elettrica non più alimentati da caldaie a carburanti fossili, sostituzione di caldaie murali con caldaie di tipo a condensazione di ultima generazione.

Ogni ristrutturazione/adeguamento di immobili in uso, reparti ospedalieri, sale operatorie, già eseguita, ha previsto almeno la sostituzione degli infissi presenti con quelli a taglio termico.

E lo stesso vale per ogni nuovo intervento programmato (e da qualunque fonte finanziato) che fin dalla progettazione tiene conto dell'aderenza alla normativa sull'efficientamento energetico, impianti, infissi e illuminazione.

SEDE	ATTIVITA'
PO SCAFATI	Adeguamento a led impianto illuminazione esterna
PO SCAFATI	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
PO SCAFATI	Sostituzione caldaia con apparecchiatura a condensazione
PO PAGANI	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
PO PAGANI	Sostituzione caldaia con apparecchiatura a condensazione
PO PAGANI	Sostituzione n. 2 caldaie con apparecchiatura a condensazione
PO SARNO	Sostituzione e/o installazione condizionatore con apparecchiature a tipologia ad inverter
PO NOCERA INF.	Adeguamento a led impianto illuminazione interna del 70% dei Reparti
PO BATTIPAGLIA	Revamping centrale termica da vapore ad acqua calda del tipo a condensazione
PO BATTIPAGLIA	Adeguamento a led impianto illuminazione esterna
PO BATTIPAGLIA	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
PO BATTIPAGLIA	Sostituzione e/o installazione condizionatore con apparecchiature a tipologia ad inverter
PO EBOLI	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
PO EBOLI	Sostituzione e/o installazione condizionatore con apparecchiature a tipologia ad inverter
PO EBOLI	Adeguamento Caldaia a metano
PO OLIVETO CITRA	Sostituzione e/o installazione condizionatore con apparecchiature a tipologia ad inverter
PO POLLA	Adeguamento a led impianto illuminazione esterna
PO SANT'ARSENIO	Sostituzione impianto termico
PO ROCCADASPIDE	Adeguamento a led impianto illuminazione esterna
PO ROCCADASPIDE	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
PO ROCCA	Sostituzione impianto termico con apparecchiature a tipologia ad inverter
PO SAPRI	Adeguamento a led impianto illuminazione esterna
PO SAPRI	Sostituzione gruppo frigo a pompa di calore con tipologia ad inverter Oncologia
PO SAPRI	Sostituzione gruppo frigo a pompa di calore con tipologia ad inverter Radiologia
P.O. VALLO	Completamento Cappotto termico all'intero immobile
P.O. VALLO	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 61	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 61	Sostituzione caldaie murali con apparecchiature a tipologia a condensazione
DS 62	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 63	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 64	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 64	Sostituzione gruppo frigo a pompa di calore con tipologia ad inverter Acquarita
DS 64	Adeguamento a led impianto illuminazione esterna Serre
DS 65	Sostituzione caldaie murali con apparecchiature a tipologia a condensazione
DS 65	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 66 Via Nizza	Sostituzione n. 1 gruppi frigo a pompa di calore con tipologia ad inverter lato uffici
DS 66	Adeguamento a led impianto illuminazione interna

DS 67	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 67	Sostituzione caldaie murali con apparecchiature a tipologia a condensazione
DS 68	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 69	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 69	Sostituzione e/o installazione condizionatore con apparecchiature a tipologia ad inverter
DS 71	Adeguamento a led impianto illuminazione interna
DS 71	Sostituzione caldaie murali con apparecchiature a tipologia a condensazione

Inoltre è previsto un intervento per la sostituzione degli infissi in tutti i Presidi Ospedalieri dell'ASL Salerno con tipologia a taglio termico come da deliberazione n. 2020 del 21.12.2024 ad oggetto:

Art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019, comma 14 - Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese: Regione Campania - ASL Salerno – Efficientamento energetico dei presidi ospedalieri relativo agli involucri, comprendente il cappotto ventilato e nuovi infissi a taglio termico - - CUP: C14E22000450001 Approvazione DIP e Nomina Responsabile Unico del Progetto

La progettazione di cui sopra presenta il seguente Quadro Economico complessivo:

A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 10 340 000,00
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 361 900,00
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 1 861 200,00
A4	Importo a base d'Asta	€ 8 116 900,00
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
Lavori in economia e forniture		
B1	esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 330 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 275 000,00
B3	Oneri di discarica	€ 275 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 206 800,00
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 781 371,44
B6	Imprevisti	€ 537 411,93
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 55 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 178 777,78
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 2 393 030,62
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 5 032 391,77
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 15 372 391,77

E i seguenti quadri economici per le singole strutture:

P.O. Agropoli		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 717 179,62
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 25 101,29
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 129 092,33
Importo a base d'Asta		€ 562 986,00

A4		
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 14 343,59
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 58 365,32
B6	Imprevisti	€ 37 274,75
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 13 353,99
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 165 979,96
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 374 317,60
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 091 497,22

P.O. Battipaglia		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 571 248,32
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 19 993,69
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 102 824,70
A4	Importo a base d'Asta	€ 448 429,93
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 11 424,97
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 50 630,06
B6	Imprevisti	€ 29 690,10
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 11 584,16
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 132 206,45
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 320 535,74
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 891 784,06

P.O. Eboli		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 834 951,93
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 29 223,32
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 150 291,35
Importo a base d'Asta		€ 655 437,27

A4		
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 16 699,04
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 64 607,98
B6	Imprevisti	€ 43 395,85
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 14 782,31
B9	IVA su lavori ed imprevisi (22% di A+B14)	€ 193 236,51
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 417 721,69
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 252 673,62

P.O. Nocera Inferiore		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 1 283 760,33
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 44 931,61
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 231 076,86
A4	Importo a base d'Asta	€ 1 007 751,86
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 25 675,21
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 88 397,59
B6	Imprevisti	€ 66 722,25
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 20 225,37
B9	IVA su lavori ed imprevisi (22% di A+B14)	€ 297 106,17
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 583 126,59
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 866 886,93

P.O. Oliveto Citra		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 981 937,40
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 34 367,81
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 176 748,73
A4	Importo a base d'Asta	€ 770 820,86
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 19 638,75
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 72 399,12
B6	Imprevisti	€ 51 035,29
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 16 564,92
B9	IVA su lavori ed imprevisi (22% di A+B14)	€ 227 253,99
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 471 892,06
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 453 829,45

P.O. Pagani		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 900 764,90
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 31 526,77
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 162 137,68
A4	Importo a base d'Asta	€ 707 100,45
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 18 015,30
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 68 096,47
B6	Imprevisti	€ 46 816,42
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 15 580,47
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 208 467,89
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 441 976,56
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 342 741,45

P.O. Polla		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 1 126 460,86
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 39 426,13
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 202 762,96
A4	Importo a base d'Asta	€ 884 271,78
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 22 529,22
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 80 059,75
B6	Imprevisti	€ 58 546,76
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 18 317,67
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 260 701,68
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 525 155,08
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 651 615,94

P.O. Roccadaspide		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 877 405,30
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 30 709,19
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 157 932,95
A4	Importo a base d'Asta	€ 688 763,16
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 17 548,11
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 66 858,27
B6	Imprevisti	€ 45 602,33
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 15 297,17
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 203 061,68
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 433 367,55
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 310 772,85

P.O. Scafati		
A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 961 893,96
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 33 666,29
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 173 140,91
A4	Importo a base d'Asta	€ 755 086,76
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di scarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 19 237,88
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 71 336,69
B6	Imprevisti	€ 49 993,55
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 16 321,83
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 222 615,25
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 464 505,20
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 426 399,16

P.O. Sapri

A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 685 785,22
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 24 002,48
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 123 441,34
A4	Importo a base d'Asta	€ 538 341,40
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di discarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 13 715,70
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 56 701,22
B6	Imprevisti	€ 35 643,05
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 12 973,24
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 158 714,22
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 362 747,44
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 1 048 532,66

P.O. Vallo della Lucania

A) LAVORI		
A1	IMPORTO LAVORI compreso oneri	€ 1 398 612,17
A2	oneri diretti ed indiretti per la sicurezza non soggetti a ribasso	€ 48 951,43
A3	oneri per la manodopera non soggetti a ribasso	€ 251 750,19
A4	Importo a base d'Asta	€ 1 097 910,55
B) SOMME a DISPOSIZIONE		
B1	Lavori in economia e forniture esclusi dall'appalto (IVA inclusa)	€ 30 000,00
B2	Rilievi ed accertamenti	€ 25 000,00
B3	Oneri di discarica	€ 25 000,00
B4	Incentivo art 45 D.Lgs. 36/2023	€ 27 972,24
B5	Spese tecniche: Progettazione e CSP	€ 94 485,45
B6	Imprevisti	€ 72 691,57
B7	Spese generali per pubblicità, contributo ANAC,	€ 5 000,00
B8	IVA su spese tecniche e cassa (22% di A)	€ 21 618,27
B9	IVA su lavori ed imprevisti (22% di A+B14)	€ 323 686,82
B) TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE		€ 625 454,36
TOTALE IMPORTO (A+B)		€ 2 024 066,53

4 MONITORAGGIO

4.1 Principi e ambiti

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è diversificato in relazione alla specifica sezione del PIAO ed in particolare:

- per la sezione “VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE” si fa riferimento alle modalità di cui agli art. 6 e 10 del D.lgs n. 150/2009;
- per la sezione “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA” si rimanda alle indicazioni contenute nel relativo Piano triennale;
- per la sezione “ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO” il monitoraggio è effettuato dal competente Organismo Indipendente di Valutazione.

Sono previste, inoltre, specifiche rilevazioni del grado di soddisfazione degli utenti interni ed esterni.

Di seguito vengono illustrate:

- a) metodologie utilizzate per la realizzazione delle indagini *customer*, dalla definizione delle dimensioni sottoposte a indagine tramite questionario, alla metodica di somministrazione, fino alla modulistica per l'inoltro delle segnalazioni;
- b) risultanze dell'indagine effettuata nell'anno 2022.

4.2 Customer satisfaction dei servizi aziendali

4.2.1 Criteri e modalità operative

Le indagini di soddisfazione sono una prassi consolidata nei servizi pubblici poiché per migliorare le relazioni tra Azienda Sanitaria e Cittadino è necessario adeguare sempre più l'offerta e le caratteristiche degli interventi alle aspettative e ai bisogni degli utenti.

Esistono profonde differenze che distinguono la realtà dei servizi in generale da quella dei servizi sanitari, che non rendono facile l'approccio della qualità e della sua rilevazione.

In primo luogo, esiste una differenza strutturale legata alla natura relazionale dei servizi alla persona. L'utente infatti partecipa, quasi sempre, attivamente all'erogazione del servizio e contribuisce all'efficacia dell'intervento. In questo processo sia l'operatore sia i familiari risultano portatori di valori e appaiono risorse cruciali nel definire e attuare l'intervento sanitario.

In secondo luogo chi eroga servizi alla persona deve tenere conto degli interessi collettivi e considerare i propri utenti non come semplici clienti, ma come soggetti portatori di specifici diritti (anziani, disabili, ammalati). Senza

contare che l'utenza di un servizio sanitario non è quasi mai costituita da soggetti isolati, bensì da realtà più o meno complesse (le famiglie), i cui componenti interagiscono con il servizio su piani differenti, con aspettative e intensità di relazione differenti.

Ciò che bisogna sottolineare è come il concetto di qualità di un servizio sia intrinsecamente legato alla fruizione del servizio stesso e alla soggettività, sia di chi lo eroga che di chi lo riceve. Quindi per la natura anche relazionale dei servizi stessi, è praticamente impossibile verificare e garantire a priori la qualità dell'assistenza, perché operatore e utente contribuiscono congiuntamente alla definizione della qualità del servizio nel momento stesso dell'erogazione.

4.2.2 Analisi metodologica

Compiere indagini per cogliere la soddisfazione degli utenti significa costruire un disegno strategico di ricerca e compiere una serie di passaggi logici e pratici, complessi e interdipendenti:

Il primo passaggio consiste nel definire gli obiettivi di ricerca, ovvero cosa si vuole indagare (i livelli di soddisfazione relativi ad alcuni aspetti dei servizi offerti)

Successivamente si procederà all'individuazione del campo di osservazione e delle unità di analisi (indagare la soddisfazione degli utenti diretti o anche quella dei familiari, in quali ambiti)

Con il terzo passaggio si passerà poi:

- ✓ alla scelta dei metodi di rilevazione (interviste, questionari auto compilati, osservazione diretta, reclami ecc);
- ✓ alla raccolta dei dati vera e propria;
- ✓ alla elaborazione e all'analisi dei risultati;
- ✓ alla stesura del report finale.

Ne risulta un processo complesso per le difficoltà che si incontrano nel definire e nel misurare i livelli di soddisfazione in funzione delle caratteristiche di intangibilità, variabilità e soggettività dei servizi erogati, delle aspettative e dei valori dei soggetti coinvolti.

Inoltre sono diversi e molti gli **strumenti** che possono essere utilizzati per far emergere l'opinione degli utenti e la scelta si pone tra:

- ✓ **strumenti diretti** si riferiscono a tutte le tecniche che implicano un diretto coinvolgimento dell'utente, al quale viene chiesto di esprimere il proprio livello di soddisfazione su un determinato servizio;
- ✓ **strumenti indiretti** consentono invece di conoscere l'opinione degli utenti tramite l'analisi di dati secondari o derivati, come reclami, eventi sentinella, osservazione diretta, ecc.

4.2.2.1 Strumenti e tecniche per la rilevazione della qualità percepita

Si descrive brevemente la tecnica di tipo diretto utilizzata: interviste strutturate, secondo una serie ordinata di domande, in **QUESTIONARI** che prevedono opzioni fisse di risposta. Possono essere somministrati da un intervistatore, che legge domande e risposte nell'ordine stabilito o auto compilati dall'utente.

Questo è lo strumento più diffuso per realizzare le indagini di soddisfazione. Permette di raccogliere un elevato numero di informazioni in modo standardizzato e di poterle misurare quantitativamente, traducendole in indicatori e permettendo la comparazione tra servizi simili o dello stesso servizio nel tempo.

I limiti del metodo sono principalmente dati dalla standardizzazione dello strumento, che quindi non prevede la possibilità di personalizzazione, anche se è stato previsto uno spazio per le osservazioni o suggerimenti dell'utente. Tali limiti sono però compensati da due grandi vantaggi: la possibilità di coinvolgere in tempi ragionevoli un numero elevato di soggetti, tale da garantire un'effettiva rappresentatività statistica del campione, e la conseguente applicabilità di metodi di analisi statistica dei dati ottenuti. Nel caso degli anziani si pone anche un problema di difficoltà nell'utilizzare un questionario da compilare che appare più agevole con gli utenti indiretti, cioè i familiari.

In tutti i casi, il questionario garantisce l'anonimato del rispondente. Nel caso di intervista ciò è affidato alla professionalità dell'intervistatore che ha la responsabilità di mettere a proprio agio ed informare l'intervistato circa la tutela della privacy messa in atto.

4.2.2.2 La rilevazione della qualità percepita

L'indagine di rilevazione della soddisfazione ha come principali obiettivi:

- ✓ l'emersione della qualità così come percepita dagli utenti e la misurazione della soddisfazione rispetto ai singoli aspetti;
- ✓ la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza percepita delle prestazioni;
- ✓ la verifica dell'opportunità di introdurre nuovi servizi o modificare quelli erogati;
- ✓ l'individuazione delle possibili aree di miglioramento della qualità;
- ✓ la riallocazione delle risorse anche in funzione del gradimento degli utenti a parità di risorse (strutturali, umane, economiche);
- ✓ il miglioramento del clima interno ai servizi e l'aumento del consenso presso l'utenza di riferimento.

Per i servizi analizzati con la misurazione della soddisfazione emergono quindi:

- ✓ l'analisi della qualità percepita, sia dei servizi nel loro complesso che delle singole componenti;
- ✓ la scala di priorità per utenti;
- ✓ il profilo di qualità dei servizi comparabile con i risultati ottenuti in precedenti rilevazioni.

4.2.2.3 Alcune specificità dell'ambito sanitario

La rilevazione della soddisfazione dell'utenza di un servizio sanitario è un elemento chiave nella valutazione della sua qualità ed è in grado di fornire indicazioni operative utili per implementare azioni tese al miglioramento delle prestazioni. Misurare la qualità percepita relativa ai servizi sanitari significa attivare un sistema di raccolta informativa diffuso ed efficiente che eroghi con continuità un flusso di dati riguardanti la percezione da parte dell'utenza e anche del personale delle principali dimensioni della qualità.

Le prestazioni hanno un aspetto **tecnico** (competenza di medici, infermieri, tecnici ecc.) ed uno **funzionale** (dimensione umana, relazionale, comfort, servizi complementari): mentre il paziente, nella maggior parte dei casi, non è in grado di giudicare gli aspetti tecnici dei trattamenti cui è sottoposto, mostra di apprezzare gli elementi funzionali della cura che non devono dunque essere trascurati.

La presenza degli **Uffici Relazioni con il Pubblico** in molti Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari garantisce la necessaria copertura per il monitoraggio del gradimento dei servizi offerti, oltre che una risposta a suggerimenti o segnalazioni dell'utenza.

4.2.3 Il Questionario

I dati sono stati raccolti attraverso due questionari, differenziati per distretti ed ospedali, che trattano gli elementi fondamentali delle prestazioni erogate e basati sostanzialmente su quattro aree fondamentali di percezione:

- ✓ personale
- ✓ aspetti organizzativi
- ✓ ambienti
- ✓ servizi alberghieri

Ogni area si articola in ulteriori aspetti che sono oggetto di valutazione in dettaglio e le domande, partendo da valutazioni generali, arrivano ad aspetti più specifici. Ad esempio, per quanto riguarda il **personale** entrano nel merito delle caratteristiche relazionali, della competenza percepita, della disponibilità all'ascolto ecc.

Gli aspetti organizzativi sono valutati in termini di informazioni rese disponibili, di tempestività nell'ottenere servizi al momento del bisogno e nell'accoglienza. Per quanto riguarda gli **ambienti**, gli aspetti di interesse sono quelli che definiscono il comfort: qualità della pulizia e dei bagni, disponibilità dei bagni e di altri servizi, temperatura delle stanze, tranquillità. **I servizi alberghieri** sono giudicati attraverso la qualità del cibo, varietà del menù, la comodità dei letti.

Questo modello concettuale consente sia la valutazione analitica della qualità percepita sul servizio nel suo complesso sia su singoli aspetti.

Il questionario analizza in dettaglio anche la valutazione delle informazioni ricevute ed il rispetto della **privacy**. Una domanda aperta finale consente inoltre di proporre eventuali suggerimenti per migliorare la qualità del servizio.

4.2.3.1 Criteri e modalità per la somministrazione dei questionari

I questionari somministrati fanno riferimento:

- ✓ nei PP.OO. ai cittadini-utenti ricoverati da almeno due giorni;
- ✓ nei D.S. ai cittadini-utenti che si recano nella struttura, dopo la prenotazione, per effettuare una qualsiasi prestazione ambulatoriale;

L'ufficio centrale aziendale coordina l'indagine ed elabora i dati finali.

N.B. La ricerca è stata effettuata nelle strutture ove presenti gli uffici Relazioni con il Pubblico e/o referente individuato dal Responsabile della Macrostruttura.

Il campione è costituito dagli **utenti** che si sono recati nelle strutture ASL SALERNO oggetto di rilevazione nell'anno 2024 e che si sono resi disponibili, per un **totale di 1226 questionari** compilati, così distribuiti:

Questionari

	numero questionari	%
Presidi Ospedalieri	486	40%
Distretti Sanitari	740	60%
totale	1.226	100%

Distretti Sanitari

		%
D.S. 63 Cava de Tirreni/Costa d'Amalfi	165	22
D.S. 66 Salerno	510	69
D.S. 69 Capaccio/Roccamare	65	9
totale	740	100

Presidi Ospedalieri

		%
P.O. Vallo della Lucania	240	49
P.O. Pagani	90	19
P.O. Sapri	25	5
P.O. Polla	31	6
P.O. Sarno	100	21
totale	486	100

Scopi e obiettivi della ricerca:

- A. la conoscenza del giudizio dei cittadini attraverso la elaborazione di un efficace strumento di rilevazione dei dati. Tale studio consente di evidenziare dati generali di grande interesse e dati altrettanto interessanti ai fini del miglioramento della qualità percepita dagli utenti;
- B. l'identificazione dei punti di forza e di debolezza del servizio, ovvero delle aree di forza su cui agire per conservare posizioni di eccellenza o per migliorare aree di debolezza dei servizi ove vengono evidenziate criticità.

Altri obiettivi dell'indagine di rilevazione della soddisfazione possono essere i seguenti:

1. Utilizzare la "soddisfazione" come uno degli indicatori della valutazione del servizio ricevuto dal punto di vista del cittadino-utente in modo periodico, insieme a quelli individuati (reclami, osservazione diretta) a livello aziendale;
2. Coinvolgere gli operatori nella rilevazione della soddisfazione del cittadino utente per aumentare la loro consapevolezza sulla importanza del giudizio dell'utente;

Nella valutazione degli aspetti riferibili alla qualità percepita in ambito sanitario, si ribadisce che **la soddisfazione del cittadino è certamente collegabile all'esito delle cure ricevute ma anche, e soprattutto, agli aspetti relazionali ed organizzativi e al processo di umanizzazione del percorso e degli ambienti di cura.**

4.2.3.2 Analisi ed elaborazione dati

La metodologia

L'elaborazione dei dati è stata effettuata mediante l'attribuzione di un indicatore numerico per ciascuna risposta data, variabile da un minimo di uno ad un massimo di cinque

Attribuito il punteggio per ciascuna risposta si è calcolata la percentuale delle stesse oltre quella di chi non risponde.

4.2.4 Risultati

Cosa dicono di noi i nostri Pazienti:

L'attenzione alla qualità dei Servizi offerti significa attenzione costante alla relazione, all'ascolto e alla partecipazione attiva del paziente /utente nel percorso di *"salute"* che si affronta durante il cammino di vita. Pertanto i cittadini si rivolgono sia alle strutture del Territorio, come i Servizi e prestazioni offerti dai Distretti Sanitari (Prevenzione, Cure specialistiche e Riabilitazione), sia per le Emergenze /Urgenze e prestazioni specialistiche presso gli Ospedali. Per questo i nostri assistiti sono sempre invitati ad esprimere opinioni, suggerimenti e richieste d'informazione con l'obiettivo di rendere il percorso di *cura* il meno faticoso possibile. Contestualmente alla somministrazione dei Questionari di Rilevazione della Qualità Percepita, laddove sono presenti gli Uffici Relazioni con il Pubblico il personale preposto si interfaccia con l'utenza secondo le modalità più adatte e consone (incontro in presenza, telefono o video call, email). Dal rapporto costante di confronto ed ascolto con i pazienti/utenti abbiamo rilevato non solo le criticità ed i suggerimenti che riportiamo, ma anche punti di forza della nostra organizzazione.

Punti di forza

- ✓ Gli utenti hanno una percezione abbastanza BUONA dell'esperienza complessiva sia nei poliambulatori sia del ricovero ospedaliero, dall'accoglienza alla dimissione.
- ✓ BUONA la percezione degli utenti rispetto a cortesia e disponibilità del personale medico, tecnico e infermieristico.

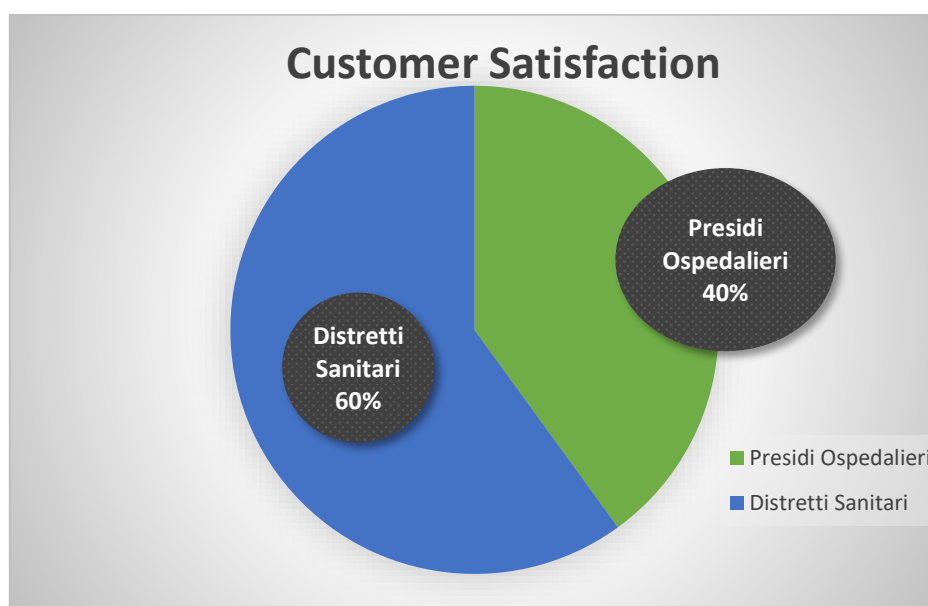
- ✓ BUONO il rispetto della privacy degli utenti.
- ✓ DISCRETO, in generale, il giudizio generale sulla pulizia degli ambienti e il comfort
- ✓ OTTIMA la percezione dei pazienti del supporto delle Onlus e delle Associazioni No Profit soprattutto presso gli Ospedali dell'Azienda (in particolare nelle Divisioni di Pediatria, Oncologia ed Ematologia)
- ✓ OTTIMA la percezione della presa in carico delle esigenze e necessità dei *"piccoli pazienti"* e dei genitori in assistenza
- ✓ OTTIMA la relazione che si instaura tra i pazienti e il personale socio sanitario e di supporto psicologico presso le Divisioni Onco-ematologiche
- ✓ OTTIMA la nuova organizzazione delle Agende delle Prestazioni che per venire incontro alla necessità delle scadenze dei Piani Terapeutici, stabilisce la *"forzatura"* laddove la scadenza del Piano Terapeutico non corrisponde alla prima data possibile per la prestazione.

Criticità

- ✓ Si segnalano criticità relativamente ad eccessivi tempi di attesa per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali o alcune tipologie di ricoveri ordinari nei PP.OO.
- ✓ Si registrano, in alcuni periodi, una eccessiva attesa telefonica per le prenotazioni al CUP;
- ✓ Nelle macrostrutture aziendali emergono lamentele dovute alla mancanza di cartellini identificativi per il personale cosa che provoca disagi agli utenti ed al personale stesso;
- ✓ Nei PP.OO. la qualità di alcune pietanze è appena sufficiente, ma la maggiore criticità è circa la possibilità di scelta del menu che non sempre viene garantita o rispettata.
- ✓ Criticità segnalate per gli orari di visita nei PP.OO. (si chiede un orario più ampio per le visite);
- ✓ Viene segnalata difficoltà per l'assenza di una WI –FI (soprattutto per pazienti di alcune Divisioni costretti a lunghi ricoveri)
- ✓ Criticità rilevate per la Piattaforma Sinfonia e le modalità di pagamento online (PagoPA)
- ✓ Criticità rilevata per i Presidi Ospedalieri: l'assenza di sportelli automatici ATM all'interno degli Ospedali
- ✓ Necessità di più personale giovane e competente presso i Punti di contatto, accoglienza e Sportelli d'informazione
- ✓ Di seguito, nel dettaglio, le risposte alle singole domande del questionario con grafici e tabelle analitiche allegate.

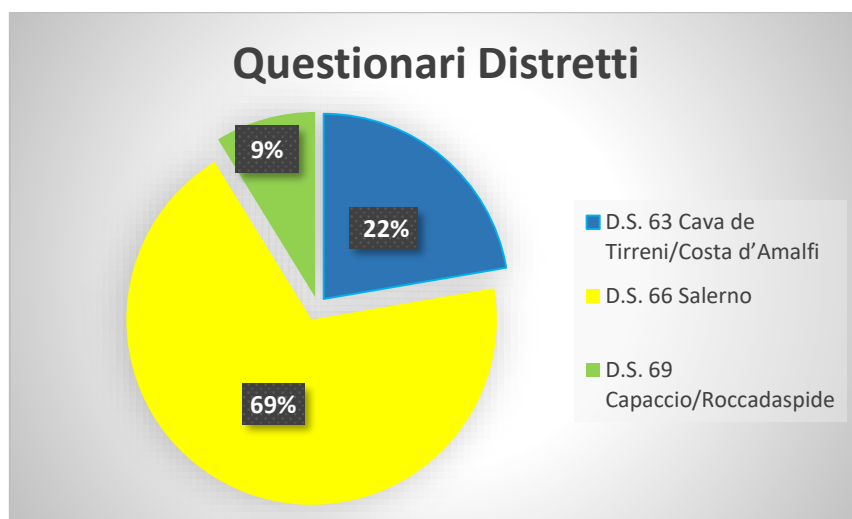
Customer Satisfaction ASL SALERNO

	Numero Questionari	%
Presidi Ospedalieri	486	40%
Distretti Sanitari	740	60%
Totale	1226	100%



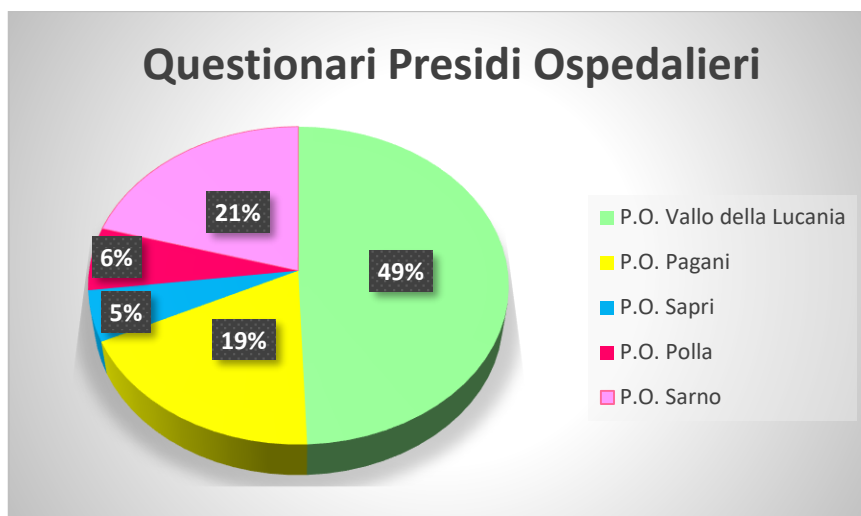
Questionari Distretti Sanitari

		%
D.S. 63 Cava de Tirreni/Costa d'Amalfi	165	22
D.S. 66 Salerno	510	69
D.S. 69 Capaccio/Roccamare	65	9
Totale	740	100



QUESTIONARI Presidi Ospedalieri

		%
P.O. Vallo della Lucania	240	49
P.O. Pagani	90	19
P.O. Sapri	25	5
P.O. Polla	31	6
P.O. Sarno	100	21
Totale	486	100

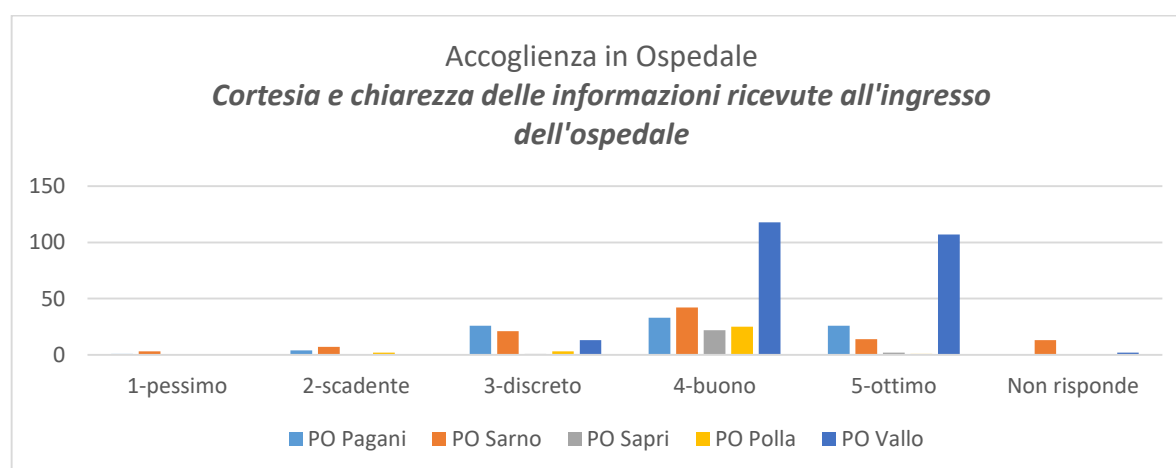


PRESIDI OSPEDALIERI

1. Accoglienza in ospedale

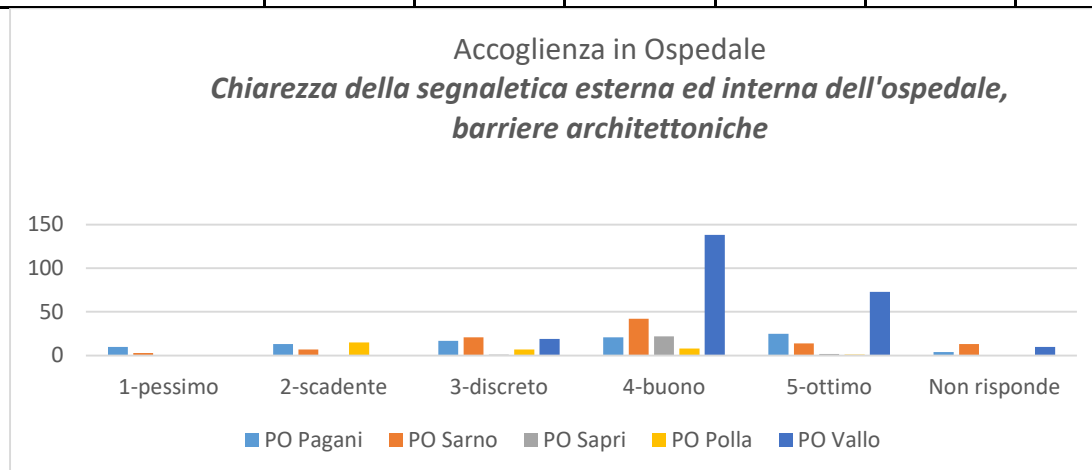
A) Cortesia e chiarezza delle informazioni ricevute all'ingresso dell'ospedale

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	1	4	26	33	26	0
PO Sarno	3	7	21	42	14	13
PO Sapri	0	0	1	22	2	0
PO Polla	0	2	3	25	1	0
PO Vallo	0	0	13	118	107	2



B) Chiarezza della segnaletica esterna ed interna dell'ospedale, barriere architettoniche

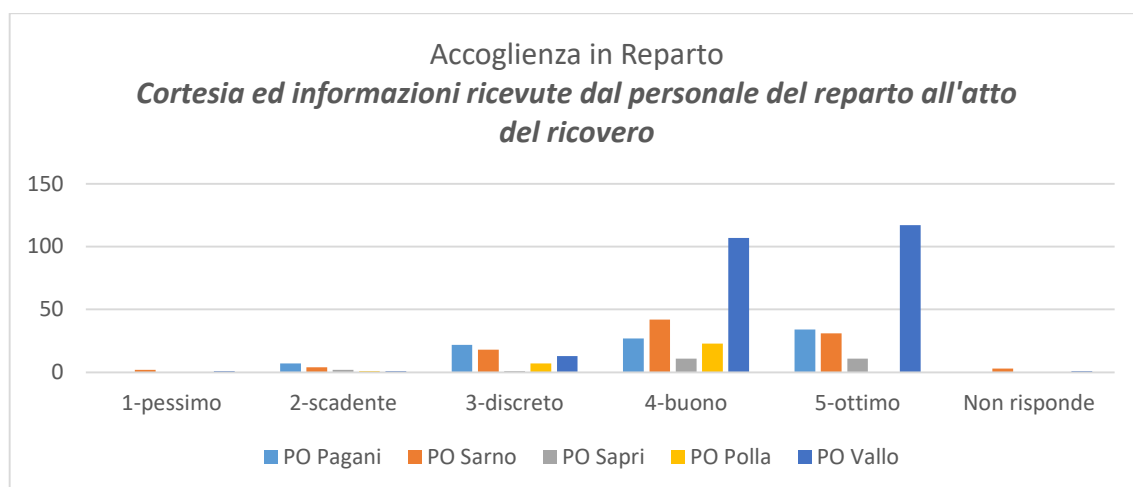
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	10	13	17	21	25	4
PO Sarno	3	7	21	42	14	13
PO Sapri	0	0	1	22	2	0
PO Polla	0	15	7	8	1	0
PO Vallo	0	0	19	138	73	10



2. Accoglienza in reparto

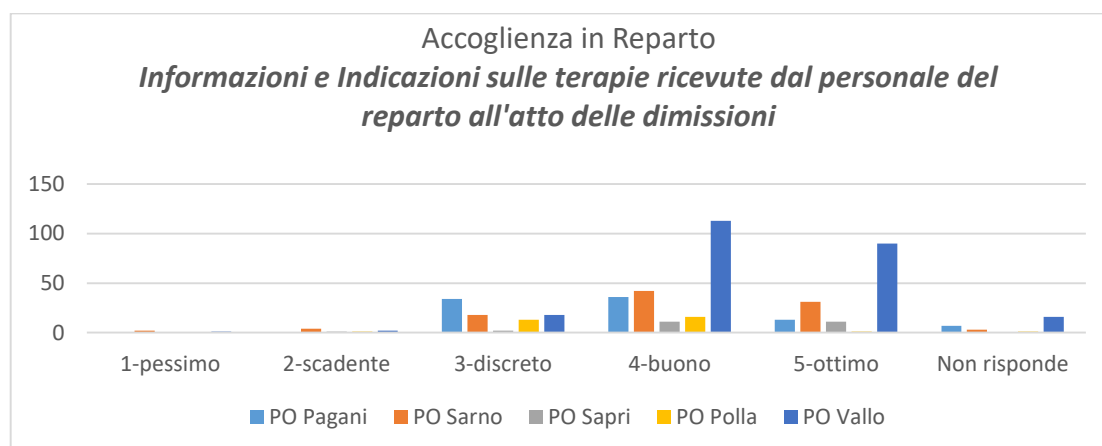
A) Cortesia ed informazioni ricevute dal personale del reparto all'atto del ricovero

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	7	22	27	34	0
PO Sarno	2	4	18	42	31	3
PO Sapri	0	2	1	11	11	0
PO Polla	0	1	7	23	0	0
PO Vallo	1	1	13	107	117	1



B) Informazioni e indicazioni sulla terapia ricevute dal personale del reparto all'atto delle dimissioni

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	0	34	36	13	7
PO Sarno	2	4	18	42	31	3
PO Sapri	0	1	2	11	11	0
PO Polla	0	1	13	16	1	1
PO Vallo	1	2	18	113	90	16



3. Orari di visita ai ricoverati

Come valuta l'organizzazione degli orari di visita durante la giornata

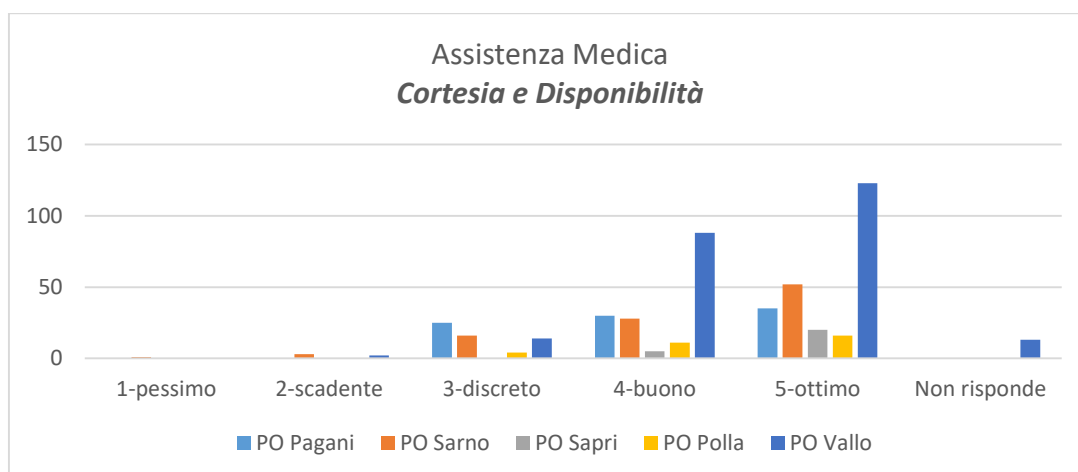
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	0	40	32	16	2
PO Sarno	8	23	33	27	8	1
PO Sapri	0	1	9	14	1	0
PO Polla	0	4	7	12	5	2
PO Vallo	7	9	47	114	59	4



4. Assistenza medica

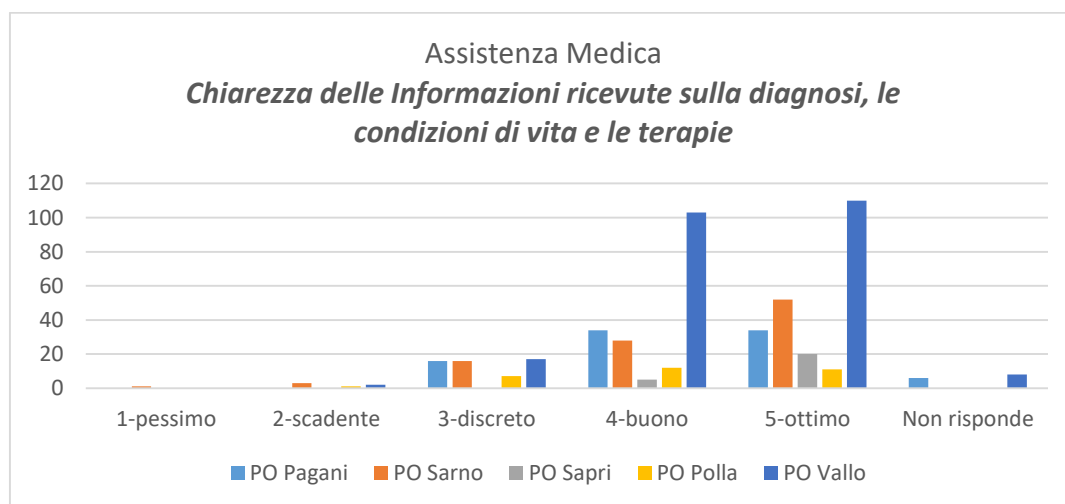
A) Cortesia e disponibilità

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	0	25	30	35	0
PO Sarno	1	3	16	28	52	0
PO Sapri	0	0	0	5	20	0
PO Polla	0	0	4	11	16	0
PO Vallo	0	2	14	88	123	13



B) Chiarezza delle informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute, terapia

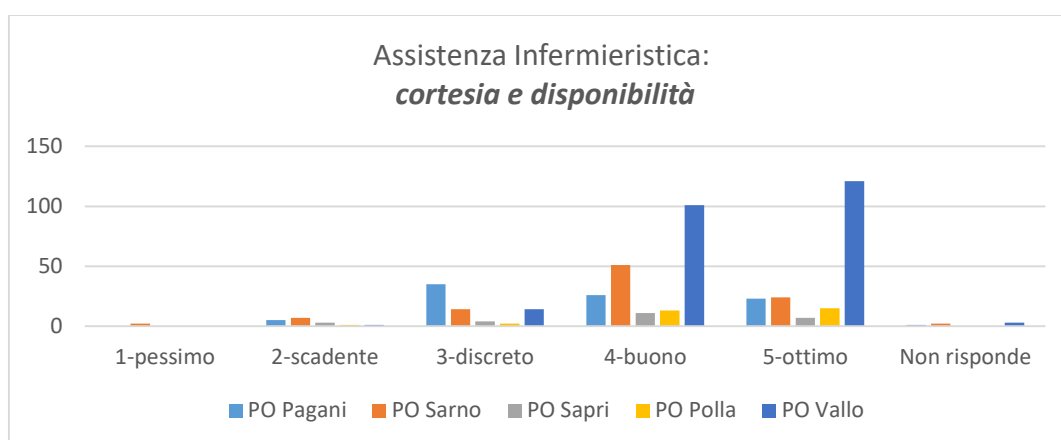
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	0	16	34	34	6
PO Sarno	1	3	16	28	52	0
PO Sapri	0	0	0	5	20	0
PO Polla	0	1	7	12	11	0
PO Vallo	0	2	17	103	110	8



5. Assistenza infermieristica

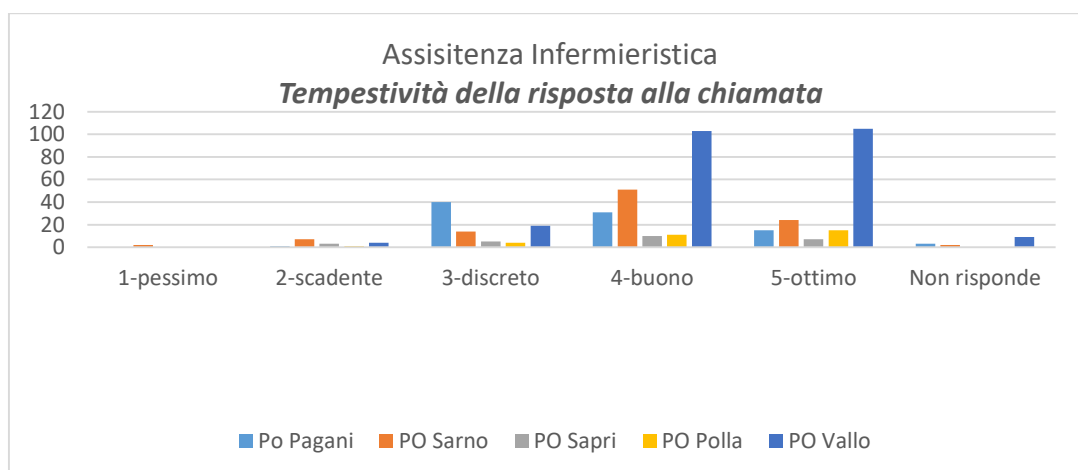
A) Cortesia e disponibilità

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	5	35	26	23	1
PO Sarno	2	7	14	51	24	2
PO Sapri	0	3	4	11	7	0
PO Polla	0	1	2	13	15	0
PO Vallo	0	1	14	101	121	3



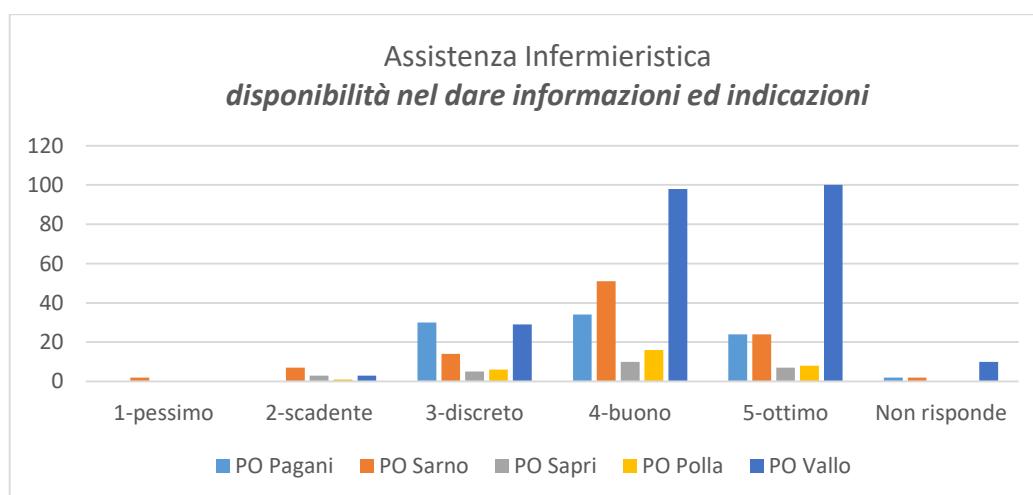
B) Tempestività della risposta alla chiamata

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
Po Pagani	0	1	40	31	15	3
PO Sarno	2	7	14	51	24	2
PO Sapri	0	3	5	10	7	0
PO Polla	0	1	4	11	15	0
PO Vallo	0	4	19	103	105	9



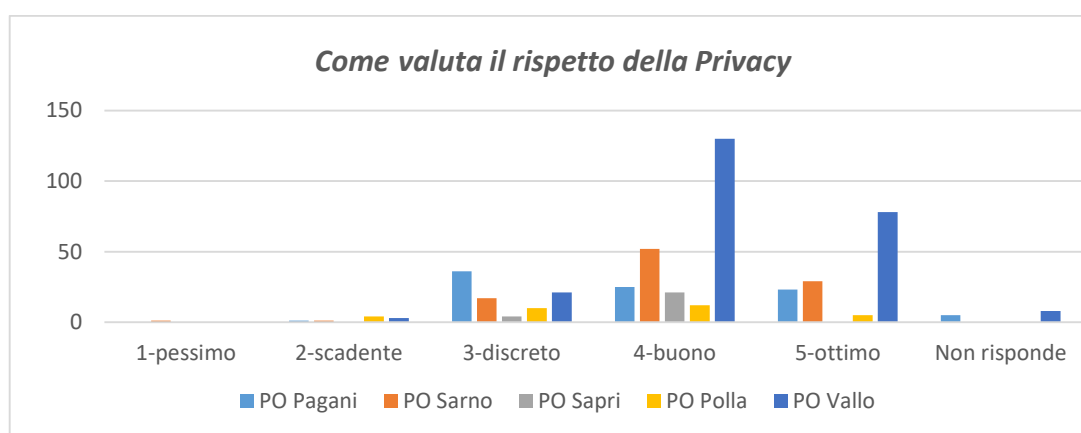
C) Disponibilità nel dare informazioni ed indicazioni

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	0	30	34	24	2
PO Sarno	2	7	14	51	24	2
PO Sapri	0	3	5	10	7	0
PO Polla	0	1	6	16	8	0
PO Vallo	0	3	29	98	100	10



6. Come valuta il rispetto della privacy

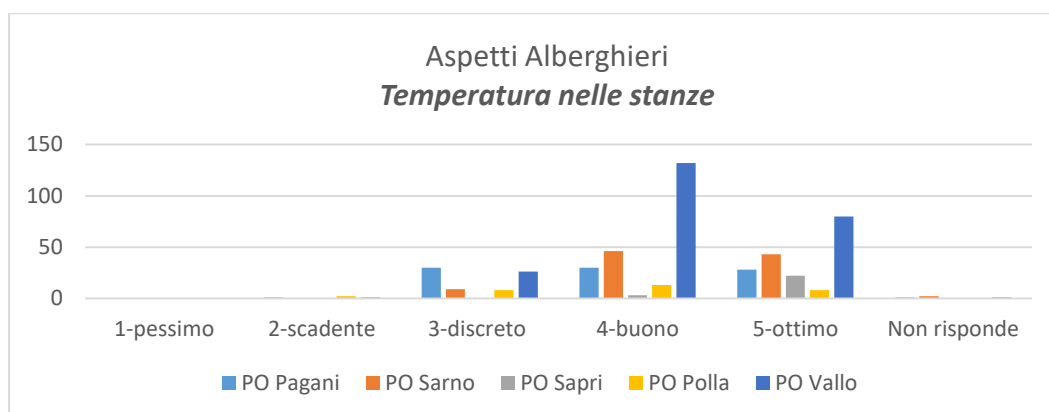
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	1	36	25	23	5
PO Sarno	1	1	17	52	29	0
PO Sapri	0	0	4	21	0	0
PO Polla	0	4	10	12	5	0
PO Vallo	0	3	21	130	78	8



7. Aspetti alberghieri

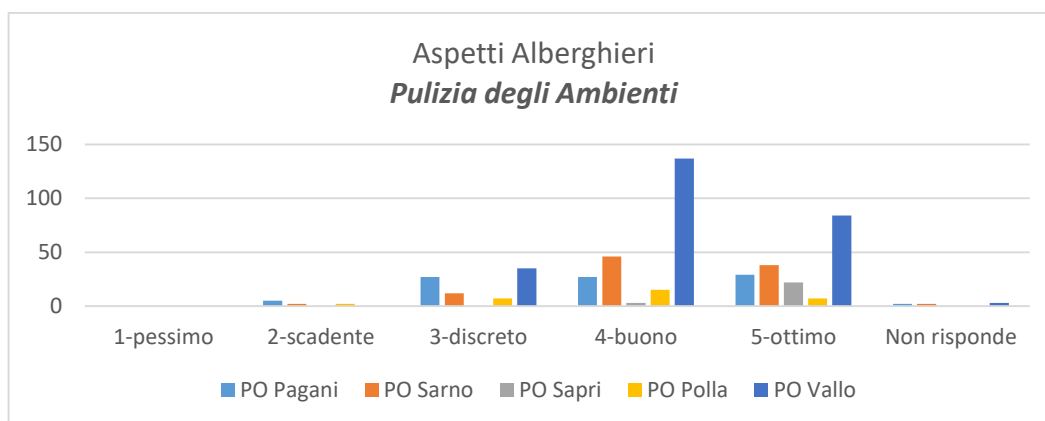
A) Temperatura nelle stanze

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	1	30	30	28	1
PO Sarno	0	0	9	46	43	2
PO Sapri	0	0	0	3	22	0
PO Polla	0	2	8	13	8	0
PO Vallo	0	1	26	132	80	1



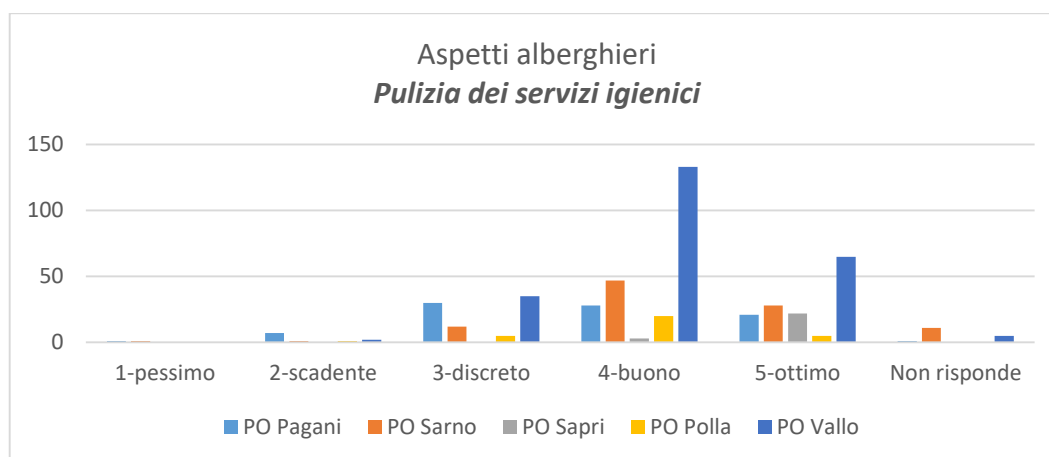
B) Pulizia degli ambienti

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	5	27	27	29	2
PO Sarno	0	2	12	46	38	2
PO Sapri	0	0	0	3	22	0
PO Polla	0	2	7	15	7	0
PO Vallo	0	0	35	137	84	3



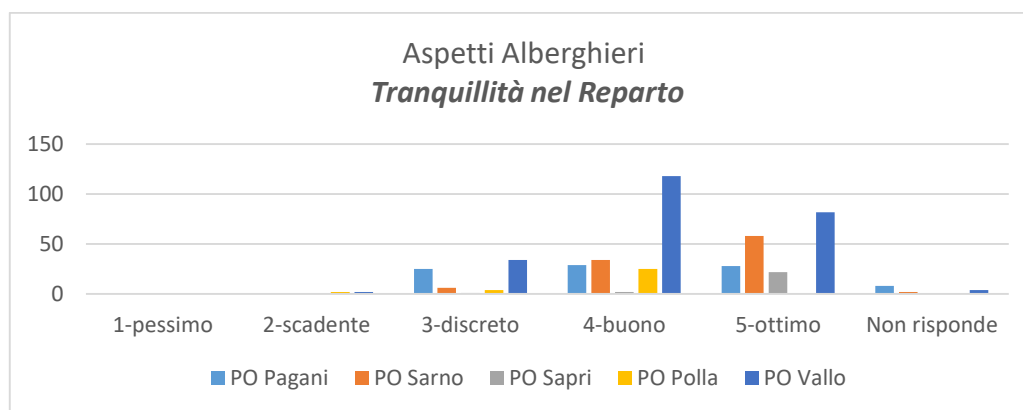
C) Pulizia dei servizi igienici

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	1	7	30	28	21	1
PO Sarno	1	1	12	47	28	11
PO Sapri	0	0	0	3	22	0
PO Polla	0	1	5	20	5	0
PO Vallo	0	2	35	133	65	5



D) Tranquillità nel reparto

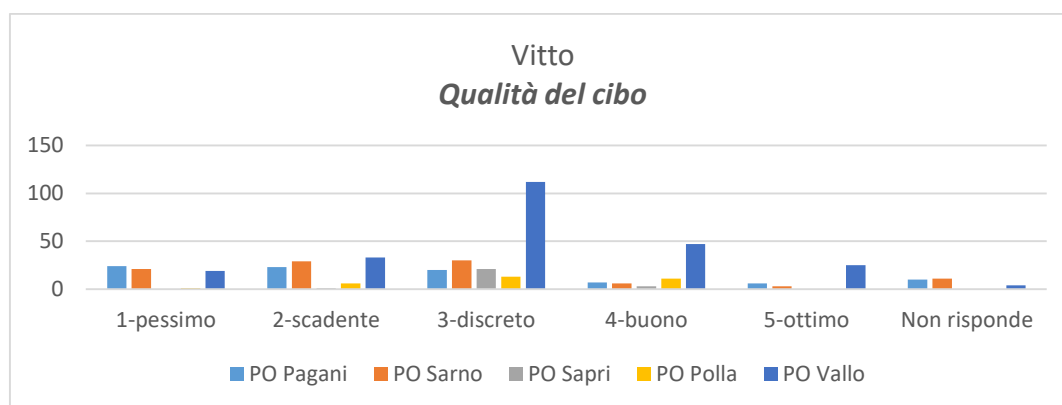
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	0	0	25	29	28	8
PO Sarno	0	0	6	34	58	2
PO Sapri	0	0	1	2	22	0
PO Polla	0	2	4	25	0	0
PO Vallo	0	2	34	118	82	4



8. Vitto

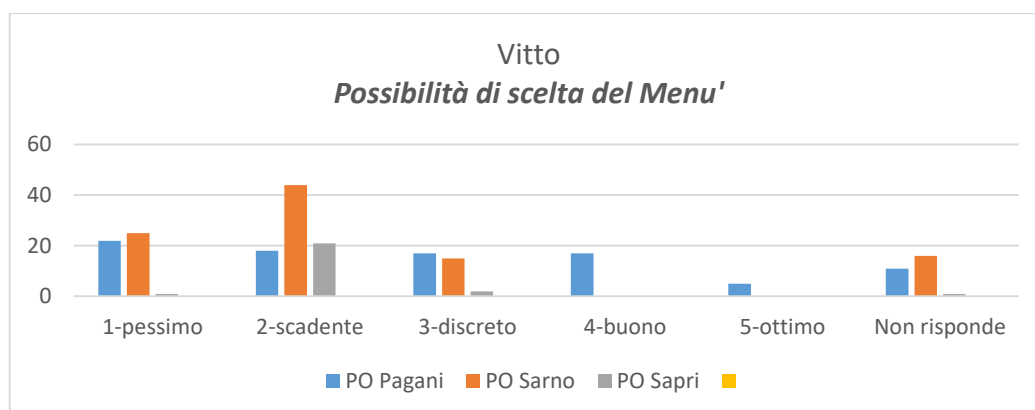
A) qualità del cibo

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	24	23	20	7	6	10
PO Sarno	21	29	30	6	3	11
PO Sapri	0	1	21	3	0	0
PO Polla	1	6	13	11	0	0
PO Vallo	19	33	112	47	25	4



b) Possibilità di scelta del Menu

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Pagani	22	18	17	17	5	11
PO Sarno	25	44	15	0	0	16
PO Sapri	1	21	2	0	0	1
PO Polla	0	0	0	0	0	0
PO Vallo	32	38	93	43	21	13

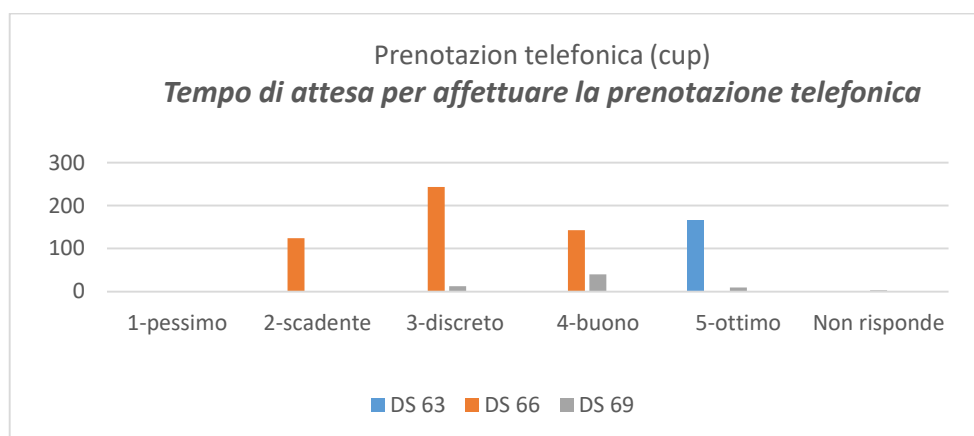


DISTRETTI SANITARI

1. Prenotazione telefonica (CUP)

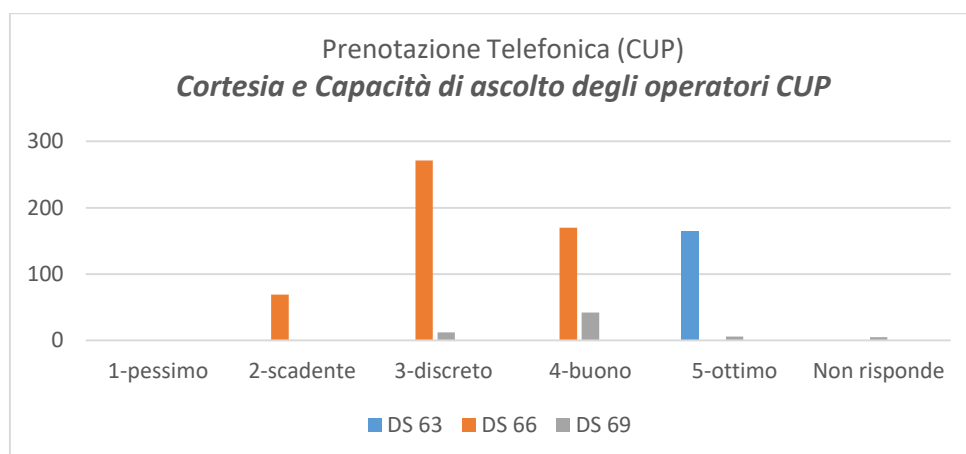
A) Tempo di attesa per effettuare la prenotazione telefonica

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	124	243	143	0	0
DS 69	0	1	12	40	9	3



B) Cortesia/capacità di ascolto degli operatori CUP

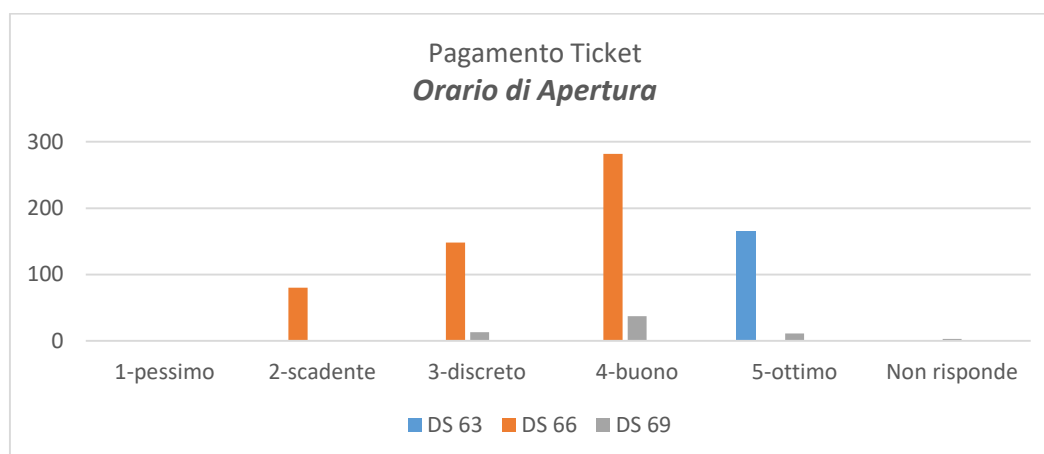
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	69	271	170	0	0
DS 69	0	0	12	42	6	5



2. Pagamento ticket

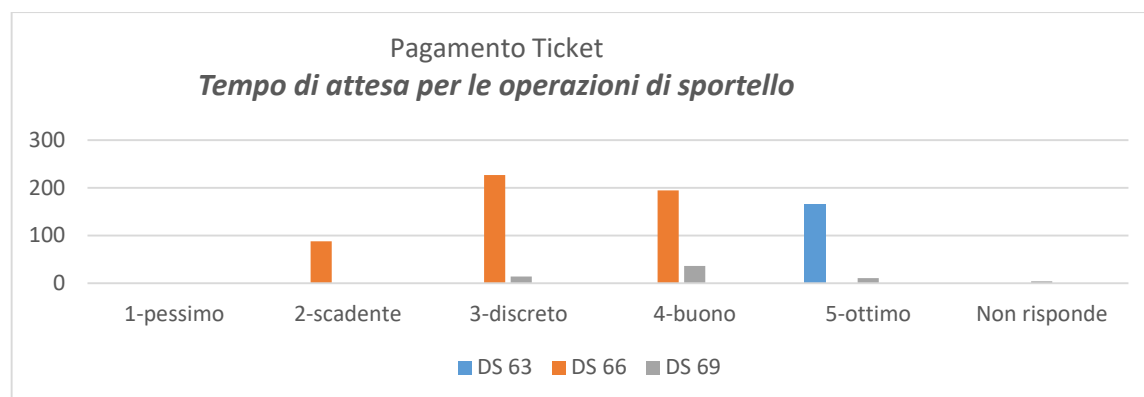
A) Orario di apertura

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	80	148	282	0	0
DS 69	0	1	13	37	11	3



B) Tempo di attesa per le operazioni di sportello

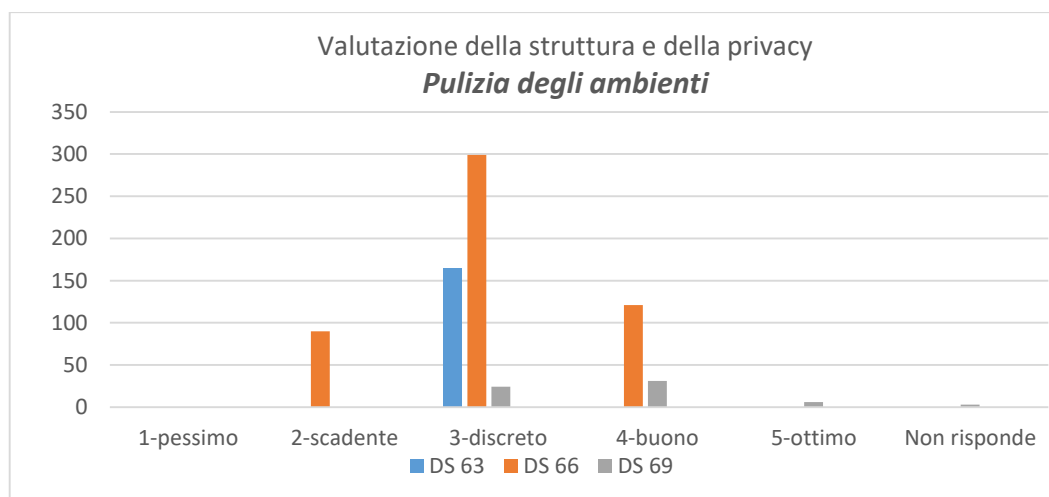
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	88	227	195	0	0
DS 69	0	0	14	36	11	4



3. Valutazione della struttura e della privacy

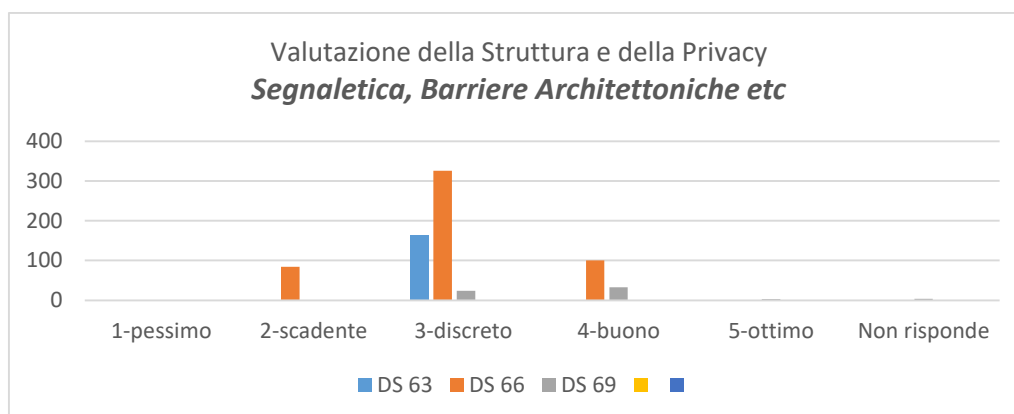
A) Pulizia degli ambienti

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	165	0	0	0
DS 66	0	90	299	121	0	0
DS 69	0	0	24	31	6	3



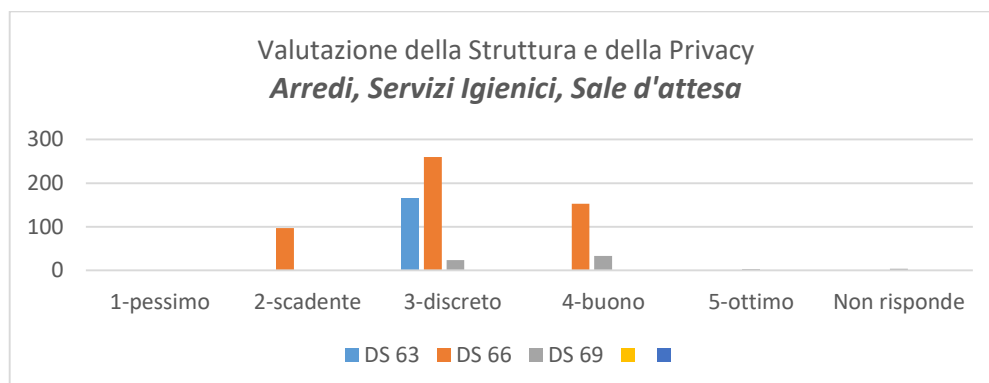
B) Segnaletica, barriere architettoniche, ecc

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	165	0	0	0
DS 66	0	84	326	100	0	0
DS 69	0	0	24	33	3	4



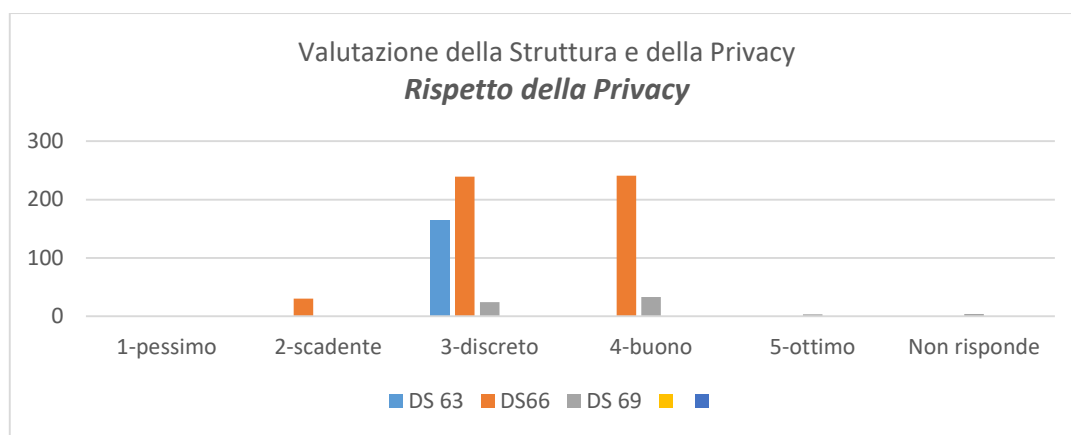
C) Arredi, servizi igienici, sale d'attesa, ecc

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	165	0	0	0
DS 66	0	97	260	153	0	0
DS 69	0	0	24	33	3	4



D) Rispetto della privacy

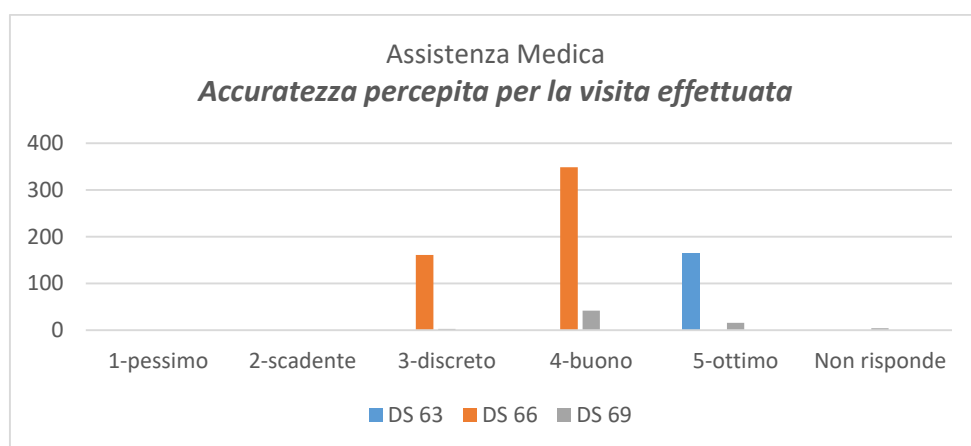
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	165	0	0	0
DS 66	0	30	239	241	0	0
DS 69	0	0	24	33	3	4



4. Assistenza medica

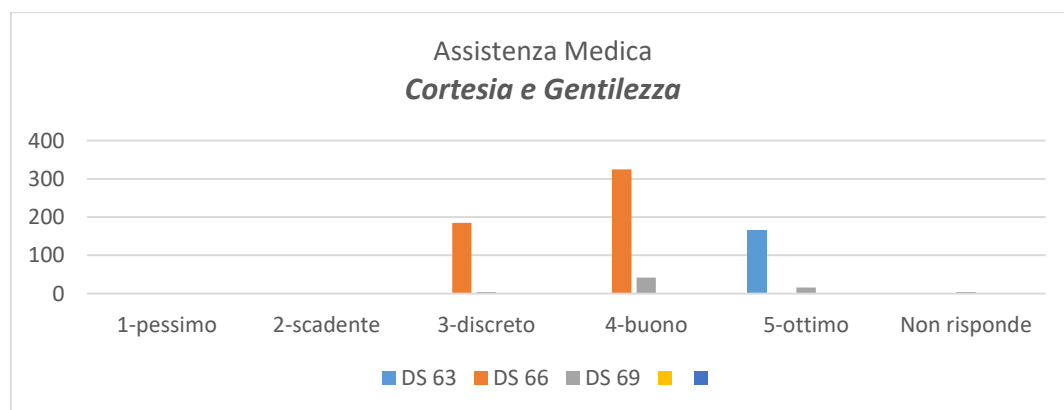
A) Accuratezza percepita per la visita effettuata

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	0	161	349	0	0
DS 69	0	0	3	42	16	4



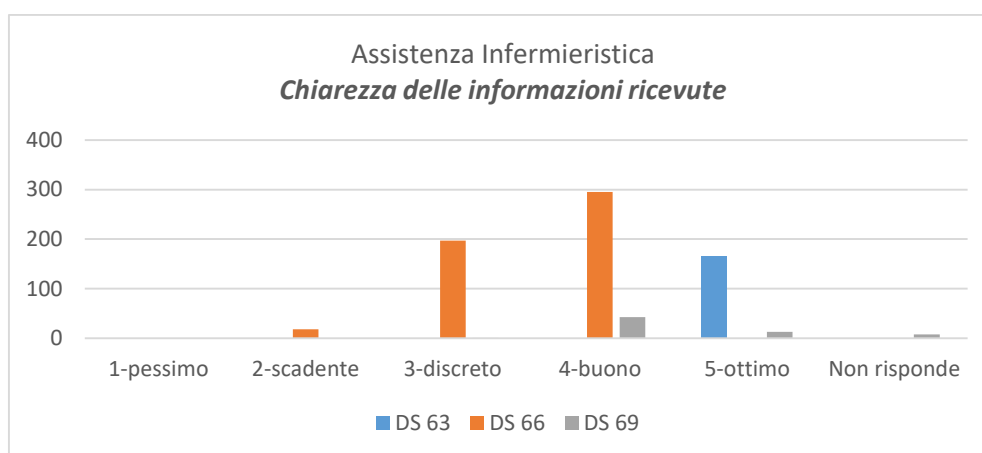
B) Cortesia, gentilezza

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	0	185	325	0	0
DS 69	0	0	4	42	16	4



C) Chiarezza delle informazioni ricevute

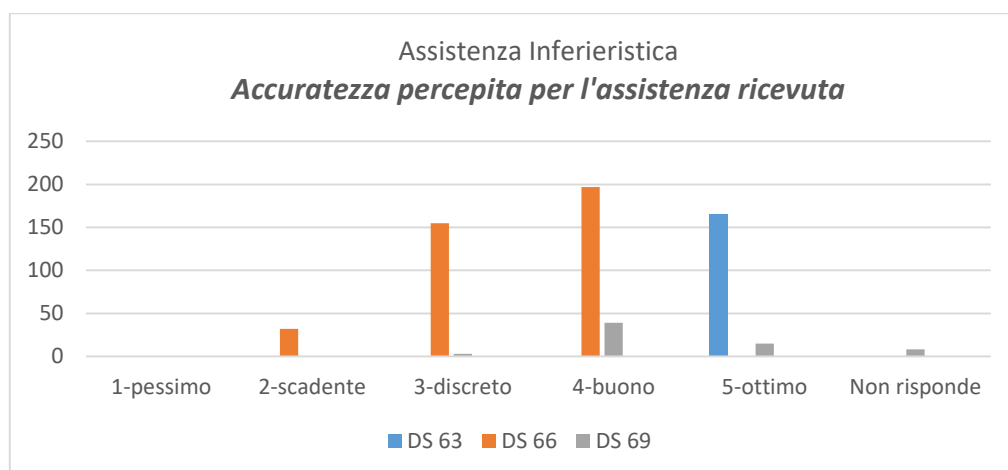
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	0	189	321	0	0
DS 69	0	0	6	40	16	3



5. Assistenza infermieristica

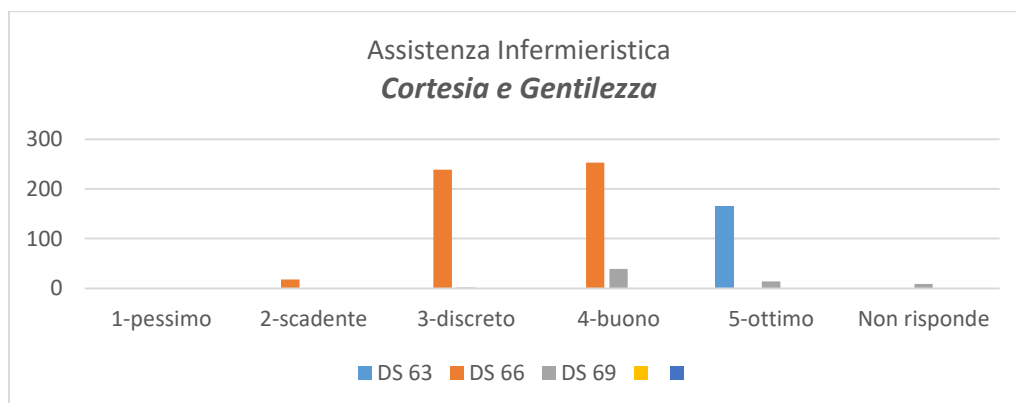
A) Accuratezza percepita per l'assistenza ricevuta

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	32	155	197	0	0
DS 69	0	0	3	39	15	8



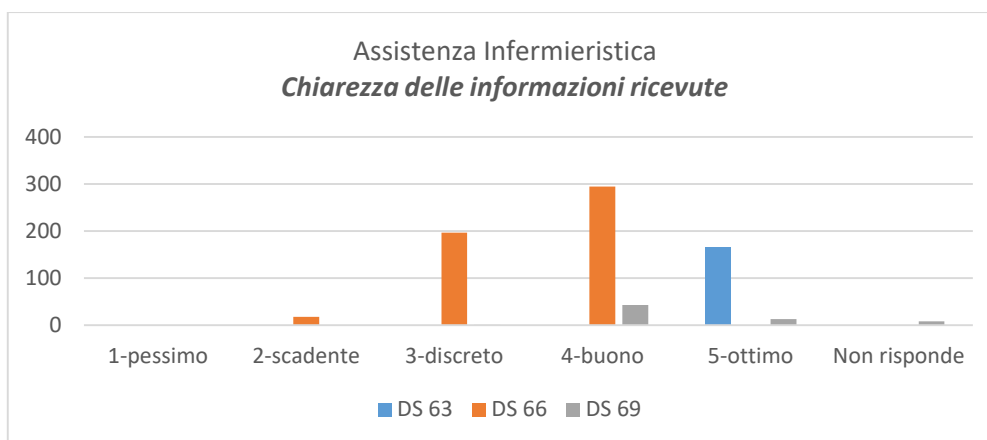
B) Cortesia, gentilezza

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	18	239	253	0	0
DS 69	0	0	2	39	14	9



C) Chiarezza delle informazioni ricevute

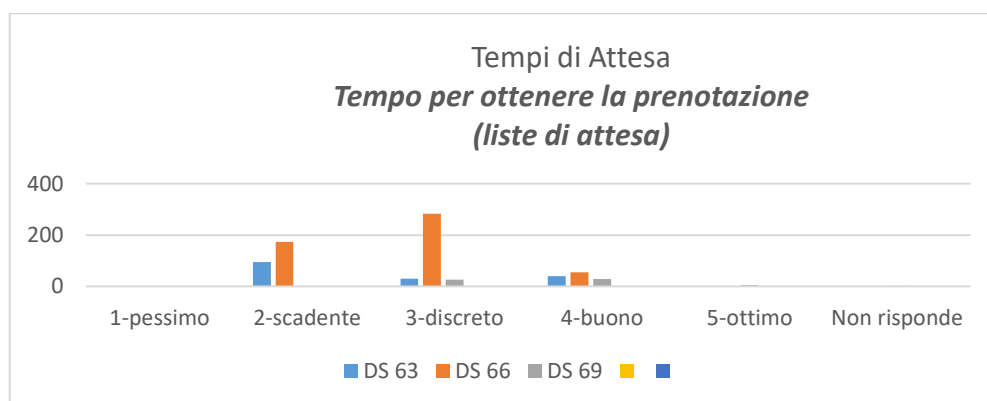
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	0	0	0	165	0
DS 66	0	18	197	295	0	0
DS 69	0	0	1	43	13	8



6. Tempi di attesa

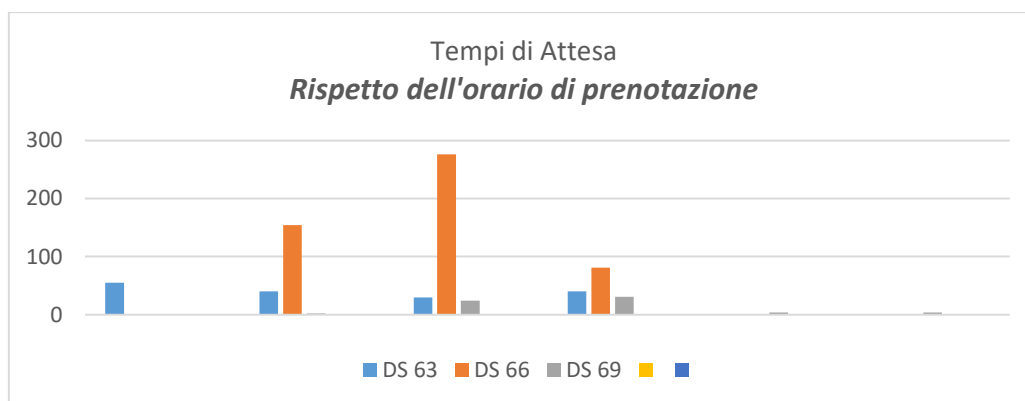
A) Tempo per ottenere la prenotazione (Liste d'attesa)

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	0	95	30	40	0	0
DS 66	0	173	283	55	0	0
DS 69	0	2	26	29	5	3



B) Rispetto dell'orario di prenotazione

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 63	55	40	30	40	0	0
DS 66	0	154	276	81	0	0
DS 69	0	2	24	31	4	4



4.3 Piano di comunicazione

PIANO DI COMUNICAZIONE 2024-2025



Sommario

1. Premessa
2. Obiettivi
3. Strumenti
4. La U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
5. Comunicazione interna
6. Comunicazione esterna
7. Comunicazione WEB
8. Comunicazione Social
9. Comunicazione a mezzo stampa
10. Le “Botteghe Della Comunità” - Un modello di umanizzazione delle cure
11. Comunicazione Istituzionale - I City Competent
12. Comunicazione su progetti specifici 2024-2025
13. Comunicazione e Associazioni di Volontariato
14. URP e la comunicazione con il cittadino
15. Dati di attività - Post che hanno avuto maggior successo nel 2024



1. Premessa

L'ASL Salerno intende irrobustire e alimentare il patto fiduciario con i cittadini della provincia e con i propri professionisti, attraverso la strutturazione di processi di comunicazione coordinati e multicanale necessari a valorizzare e migliorare l'accountability dell'intero sistema, attraverso una rendicontazione periodica degli obiettivi, delle azioni e dei risultati raggiunti, anche nel rispetto dei principi di trasparenza della Pubblica Amministrazione.

Corrette policy comunicative consentono infatti il consolidamento della credibilità dei servizi della ASL verso i cittadini, che ne sono i principali fruitori, configurando appunto la centralità del governo degli stakeholder e dei network esterni.

Migliorare quindi l'accesso e la comprensione alle informazioni è la strategia comunicativa che la ASL Salerno si prefigge a supporto dell'empowerment del territorio di cui l'Azienda ha competenza, secondo il paradigma della health literacy come irrobustimento delle abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute.

La comunicazione è la costante che supporta il cambiamento attraverso l'organizzazione periodica, da parte della Direzione Strategica della ASL Salerno, creando risultati positivi (early wins). La ASL si prefigge quindi di progettare e presidiare opportuni momenti interni ed esterni di comunicazione per dare continuità e rilancio al cambiamento previsto in questo Atto Aziendale, generando coinvolgimento e partecipazione negli stakeholder, tra cui i livelli istituzionali di riferimento.

Anche rispetto alla multidimensionalità delle performance aziendali, sia organizzative che individuali, la ASL Salerno intende inoltre strutturare processi di comunicazione organizzativa per la verifica e il monitoraggio per la gestione e del coordinamento dei processi da sviluppare in stretta connessione con gli obiettivi istituzionali della Direzione Strategica, aggiornando costantemente il monitoraggio dei KPI e degli obiettivi/criteri di performance sulle diverse linee d'attività aziendali.

La ASL mira quindi ad individuare e implementare soluzioni innovative tramite strumenti agili che garantiscano una migliore fruizione dei servizi al cittadino il self-service online. Assistenti virtuali, portali e digitalizzazione dei servizi rivolti all'utenza possono aiutare i cittadini della provincia di Salerno ad ottenere maggiori informazioni o ad accedere ai servizi offerti dalla ASL.

Tramite quindi la costruzione del proprio modello di Customer Relationship Management (CRM) la ASL Salerno punta a semplificare e digitalizzare i processi aziendali rivolti al cittadino,

tramite una comunicazione proattiva utile a migliorare l'efficienza e l'efficacia operativa oltre che l'esperienza dei pazienti e degli assistiti. La Direzione Strategica si pone l'obiettivo di realizzare un nuovo modello di sportello digitale al cittadino e gestione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in logica di omnicanalità, mettendo a disposizione per tutto il territorio provinciale portali self-service (modulari, scalabili e interoperabili con i sistemi aziendali e regionali) facilmente accessibili sul portale aziendale per trovare risposte velocemente – con la garanzia di trasparenza e visibilità circa la gestione della pratica e della richiesta - dialogando con l'ASL anche tramite BOT.

Al fine di garantire livelli di comunicazione uniformi, l'ASL Salerno predispone il proprio Piano di comunicazione, strumento in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. Il Piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione consentendone la finalizzazione, individuando gli attori e il pubblico di riferimento, oltre che indicarne strumenti e risorse.

Il Piano consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda, e comprende tutte le iniziative aziendali (comprese quelle dedicate a progetti nazionali, regionali e locali).

L'ASL Salerno monitora costantemente l'immagine coordinata/corporate identità, necessaria a rappresentare la comune identità visiva aziendale verso i cittadini e verso i propri dipendenti. La coerenza semiotica è indispensabile per far sì che i destinatari abbiano precisi punti di riferimento, e che siano guidati in un processo di riconoscimento del marchio (brand awareness), attraverso una presenza indiretta dell'Azienda in ogni sua rappresentazione. La procedura, quindi, definisce le modalità di utilizzazione del logo aziendale, sia da parte delle strutture aziendali che da soggetti esterni che richiedono il patrocinio dell'Azienda.

2. Obiettivi

Il Piano illustra le azioni in programma per il 2025 e risponde ad obiettivi specifici:

- Migliorare la percezione che i dipendenti e i cittadini hanno dell'ASL di Salerno nell'ottica di diminuire il gap tra ciò che l'Azienda promuove e il percepito;
- Valorizzare i numerosissimi servizi offerti dall'ASL Salerno in tutte le fasi della vita del cittadino;
- Aumentare il coinvolgimento del personale attraverso un'attività strutturata di ascolto e di confronto e attraverso iniziative per promuovere il senso di appartenenza;

- Favorire la comprensione di temi complessi attraverso messaggi semplici, chiari, comprensibili e uniformi su tutto il territorio. I temi complessi non vanno banalizzati, ma valorizzati attraverso l'individuazione e la narrazione di messaggi chiave e di interesse per i pubblici;
- Coinvolgere i pubblici interni ed esterni promuovendo un ascolto strutturato grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali e modelli di intelligenza artificiale.
- Attività di ascolto sul territorio attraverso sportelli per la Relazione con il Pubblico finalizzate a rinsaldare la relazione con le sedi periferiche e a migliorare i percorsi assistenziali e di cura;
- Continuare il processo di avvicinamento ai cittadini già intrapreso negli anni precedenti, prevedendo attività e messaggi che mirano a comunicare "con" il cittadino e non "al" cittadino, coinvolgendolo direttamente e assegnando un ruolo centrale alla comunicazione online e ai social media;
- Rafforzare il ruolo assegnato alla comunicazione online e ai social media nell'ottica di un incremento degli utenti raggiunti e dell'interazione con i cittadini;
- Sviluppare le relazioni con i mass media, affinché siano una cassa di risonanza del ruolo dell'ASL Salerno e dei suoi assistiti.
- Favorire modelli di comunicazione tesi all'umanizzazione delle cure

3. Strumenti

- Sito web
- Portale Trasparenza
- Facebook
- Instagram
- Youtube
- Rapporti con i Media
- Eventi sul territorio
- Associazioni di Volontariato
- Patrocini
- Partnership con altri enti istituzionali
- URP

4. La U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione

Le linee d'attività della comunicazione e dell'informazione - trasversali a tutti i servizi della ASL Salerno – sono incardinate all'interno della nuova UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione. A questa è funzionalmente collegata la UOSD URP. Le due unità organizzative sono serventi alle attività integrate di comunicazione e informazione aziendali, e hanno il mandato di assicurare le relazioni interne ed esterne all'Azienda, in ordine alla normativa vigente, al fine di orientare la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità della persona, intesa non solo come destinataria dei servizi aziendali, ma anche come interlocutore privilegiato.

La comunicazione e l'informazione sono oggi a pieno titolo tra i principali driver di cambiamento che orientano l'azione dell'Azienda Sanitaria. La dimestichezza nell'utilizzo dei social media per le pubbliche amministrazioni è un indicatore che misura il comportamento partecipativo degli stakeholders.

La comunicazione è asset strategico che connota l'importante funzione in tutti i processi aziendali per promuovere la salute, rispondere al meglio e in sicurezza ai fabbisogni dei cittadini lungo tutte le fasi del continuum of care. L'ASL Salerno basa la propria strategia comunicativa anche sull'uso diffuso della metodologia lean. L'Azienda è inoltre inserita nella rete dei comunicatori di Federsanità ed è partner attivo dell'Associazione nazionale PA Social.

Per la stesura del Piano aziendale sono assunti come base i seguenti documenti di programmazione dell'ASL Salerno:

- Piano Integrato di Attività e Organizzazione
- Atto Aziendale (Delibera N.ro 1306 del 13 agosto 2024)

Non è possibile definire da adesso il Piano operativo e quindi preventivare le azioni comunicative per l'intero 2025, a verifica di fine anno saranno riportate, in appendice al Piano, le Campagne realizzate che riporteranno, la descrizione dell'obiettivo comunicativo, gli strumenti e i canali di comunicazione utilizzati, i contenuti, i pubblici di riferimento e il sistema di misurazione adottato.

Nell'ambito dell'indirizzo strategico delineato dalla Direzione Generale, attraverso la gestione e il coordinamento della comunicazione aziendale si intende procedere alle sotto indicate attività:

- redazione del Piano di comunicazione;

- garanzia di informazione al cittadino sui servizi dell'Azienda e relativa modalità di accesso;
- assicurazione della realizzazione di proficui rapporti con le Associazioni di volontariato;
- rilevazione in maniera sistematica degli accessi e della percentuale di raggiungimento del target desiderato al fine di consentire la realizzazione di interventi correttivi e migliorativi;
- redazione e diffusione di comunicati stampa, organizzazione di conferenze stampa e rapporti con i media e organi di informazione, anche attraverso la gestione di canali aziendali sulle principali testate;
- gestione dei social network aziendali (Facebook, Youtube e Instagram);
- organizzazione di eventi aziendali e gestione di campagne di informazione, prevenzione e promozione della salute;
- aggiornamento dei portali istituzionali e-sanità ed e-trasparenza;
- rilevazione continua del livello di gradimento del portale web e dei suoi contenuti;
- rilevazione della Customer Satisfaction sui servizi offerti;
- cura della rassegna stampa;
- implementazione della messaggistica istantanea finalizzata a favorire uno scambio continuo e diretto con i pubblici esterni;

Gli obiettivi operativi rispettano i principi chiave individuati nella Strategia: integrazione, trasparenza, condivisione, accessibilità, sostenibilità, partecipazione e inclusione.

In merito ai contenuti della comunicazione istituzionale sono stati identificati i seguenti temi principali da presidiare con iniziative specifiche:

- Giornate nazionali e internazionali su temi della salute;
- Appropriatelyzza e recupero liste di attesa;
- Diffusione della Cultura della Donazione;
- Acquisizione nuove tecnologie e integrazione di nuovi modelli di intelligenza artificiale associati alla comunicazione;
- Organizzazione di eventi Aziendali;
- Campagne di promozione degli screening oncologici;
- Sensibilizzazione e diffusione di Corretti Stili di Vita;
- Attività integrate e di collaborazione con Associazioni di Volontariato;
- Facilitazione dei percorsi a supporto del cittadino;
- Miglioramento dell'Accessibilità ai servizi;
- Gestione attività di comunicazione Istituzionale tra enti del territorio per facilitare i servizi al cittadino;
- Alfabetizzare il pubblico interno ed esterno ai nuovi servizi digitali.

5. Comunicazione interna

Il coinvolgimento del personale dell'ASL SALERNO, rappresenta senz'altro una leva strategica per questo motivo è fondamentale che tutti gli operatori, siano coinvolti nella ridefinizione e completamento dell'assetto organizzativo aziendale, verso modalità di lavoro omogenee e comunque di garanzia verso gli utenti di tutto il territorio dell'Asl Salerno. In questo contesto la comunicazione interna può e deve svolgere un ruolo fondamentale al fine del coinvolgimento, della responsabilizzazione del personale e della sua crescita professionale, in linea con gli obiettivi strategici sopra riportati.

Pertanto, la comunicazione interna nell'anno in corso deve tendere verso i seguenti obiettivi specifici:

- 1) Consolidare un rapporto trasparente e leale fra Azienda e personale attraverso processi di informazione trasparenti, accessibili e continui;
- 2) Rafforzare il senso di appartenenza e di identità di tutto il personale, al fine di generare una cultura dell'istituzione;
- 3) Rafforzare, in tutto il personale, una cultura orientata alla relazione ed all'accoglienza del cittadino;
- 4) Garantire risposte agli utenti attraverso scambi e collaborazione inter istituzionale;

Una buona comunicazione interna, fondata su un'ampia circolazione delle informazioni sulle attività e i processi lavorativi e il pieno coinvolgimento del personale nei progetti di cambiamento organizzativo, consente di costruire al meglio l'identità aziendale e favorisce la crescita di un senso di appartenenza positivo alla dimensione del lavoro pubblico.

Negli anni la funzione della comunicazione interna si è trasformata in una comunicazione organizzativa polifunzionale che rende possibile la conoscenza più approfondita dell'Ente anche al suo interno.

6. Comunicazione esterna

L'immagine coordinata intende assicurare omogeneità e standardizzazione nei processi di comunicazione dell'ASL SALERNO contribuendo a rafforzarne l'efficacia e la riconoscibilità. Le campagne di comunicazione prevedono sempre più integrazione tra tutti i mezzi disponibili affinché la comunicazione dell'azienda risponda sempre ai criteri di coerenza, omogeneità, trasparenza e multimedialità. La campagna screening dell'ultima edizione riportata nelle immagini seguenti, dà pienamente riscontro di quanto sopra descritto evidenziando coerenza tra tutti i materiali utilizzati sui diversi canali.

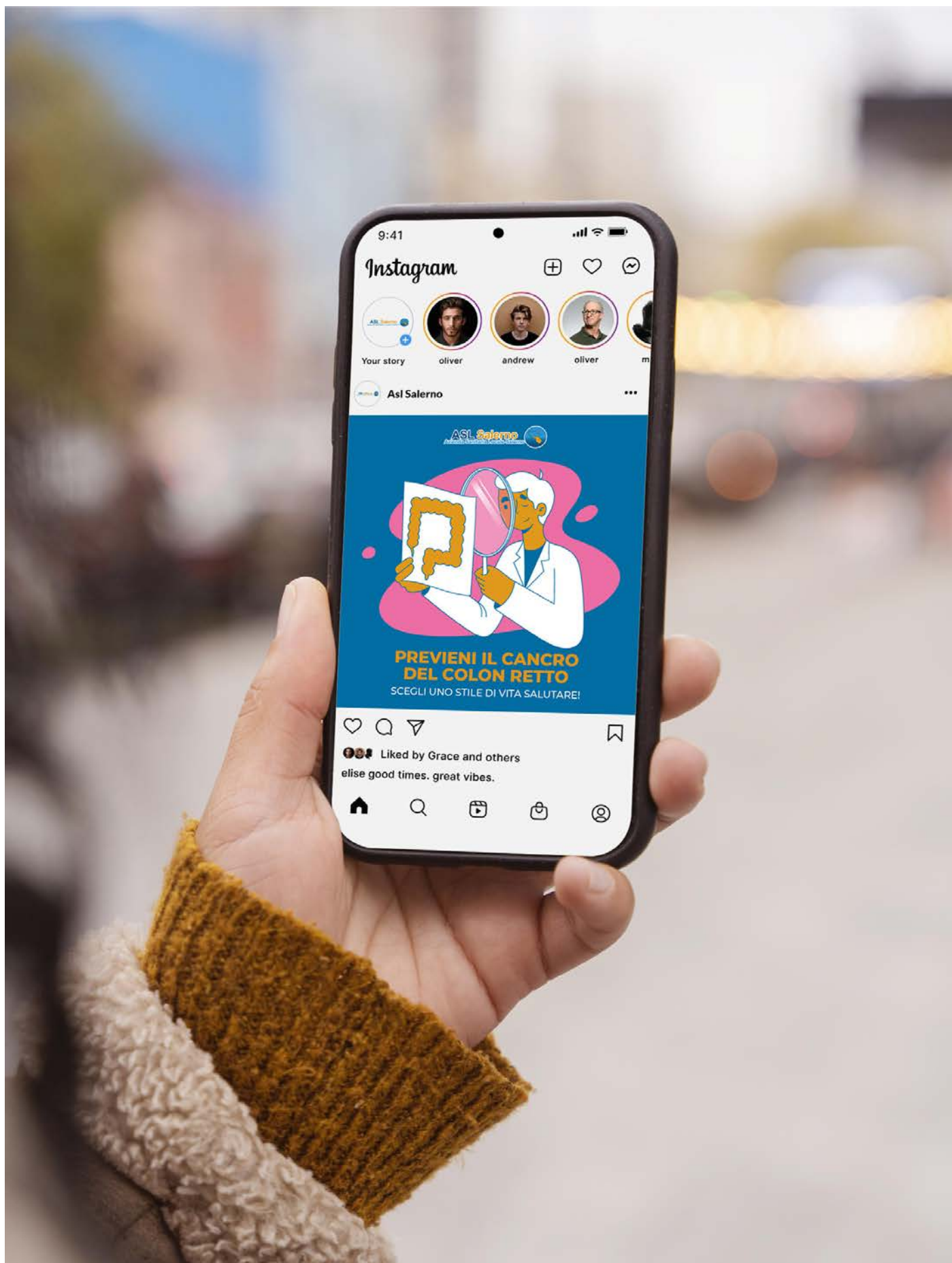
La coerenza di tutti i materiali a quanto approvato nel manuale di identità visiva, costituisce un significativo contributo nel rendere distintiva e riconoscibile la comunicazione aziendale sia nei processi interni che in quelli esterni oltre ad assicurare un unico riferimento per gestire l'immagine interna ed esterna dell'ente oltre alla declinazione su tutti i mezzi di comunicazione aziendale.



MOCK PIEGHEVOLE



MOCK AFFISSIONI



MOCK SOCIAL



ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

Inaugurazione **Robot**
da Vinci Xi
SURGICAL SYSTEM

la più moderna **tecnologia** in **campo chirurgico**

30
OTT

P.O. Umberto I
Via Alfonso de Nicola
Nocera Inferiore (SA)

ore 10:30

Partecipano

Paolo De Maio
Sindaco di Nocera Inferiore

• **Gennaro Sosto**
Direttore Generale

• **Primo Sergianni**
Direttore Sanitario

• **Germano Perito**
Direttore Amministrativo

• **Rosalba Santarpia**
Direttore del PO Umberto I

• **Roberto Sanseverino**
Direttore del Dipartimento
Chirurgia Generale e Urologia

Conclude

• **On. Vincenzo De Luca**
Presidente Regione Campania



La S.V. è invitata a partecipare

MOCK LOCANDINA

7. Comunicazione web

Il Portale Istituzionale dell'ASL Salerno in questo ultimo anno ha ulteriormente ampliato le sue attività e le sue funzioni anche sotto il profilo informatico, dopo il precedente consolidamento e rinnovamento grafico, diventando così uno strumento in grado di agevolare il dialogo interattivo con il cittadino.

Il portale anche in funzione delle accresciute esigenze sia degli utenti che degli operatori è uno strumento di consultazione ampiamente utilizzato da un numero sempre maggiore di persone che ricercano informazioni per orientarsi all'interno di un'azienda che per dimensioni è tra le più grandi di Italia.

La home page attraverso un'ampia sezione di "primo piano" evidenzia i temi e le informazioni del momento, legate ad argomenti emergenti. A seguire sono consultabili le ultime notizie (avvisi, news, comunicati, ecc.), subito seguite da un'ampia sezione "Come fare per..." recanti un immediato riferimento ai vari ambiti assistenziali e dei servizi erogati. Consultabili e visibili nell'apposita sezione "Eventi" i momenti più importanti per la vita dell'azienda.

A seguire le sezioni "Avvisi e Concorsi", "Bandi di Gara" e "Albo Pretorio", che integrano e riportano alla parte della piattaforma collegata ad "Amministrazione Trasparente".

Sulla home, naturalmente, i link che rimandano alle pagine social dell'Ente garantendo un'integrazione tra portale e social sempre con l'obiettivo di una comunicazione tempestiva ed integrata.

La piattaforma è aggiornata alla più recente normativa in materia, conforme alle Linee guida di design per i servizi web della PA, emesse dall'AGID - Agenzia per l'Italia Digitale, ed alle Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici.

8. Comunicazione Social

Per promuovere le attività che si caratterizzano per innovazione, qualità, eccellenza si pensa inoltre ad un uso strategico dei canali social che possono raggiungere un alto livello di penetrazione nel tessuto sociale, toccando target di popolazione molto eterogenei per età, professione, ruolo sociale e interessi.

A tale scopo, dal 2017 l'ASL SALERNO è presente su Facebook e dal 2018 su Instagram con una pagina istituzionale creata, gestita e costantemente presidiata dalla struttura deputata alla Comunicazione.

L'attività social è ritenuta una risorsa validissima per consolidare l'immagine dell'Azienda, informare su servizi, diffondere notizie, sensibilizzare i cittadini su temi sanitari, fare promozione della salute e campagne di prevenzione e gestire con tempestività notizie urgenti o emergenze sanitarie, ma anche, in una certa misura, avere un feedback da parte dei cittadini utenti.

Consapevole che i social media sono strumenti informativi ormai imprescindibili anche per le strutture sanitarie, ad integrazione dei tradizionali canali di informazione e comunicazione, l'Azienda ha ritenuto indispensabile disciplinare, attraverso una Social Media Policy aziendale, pubblicata sul sito web, i comportamenti e i contenuti considerati inadeguati e che possono portare, come misura estrema, a un vero e proprio divieto di accesso dell'utente allo spazio virtuale ('ban').

Per una PA essere presente sui principali social network significa affrontare un grande cambiamento culturale, che coinvolge non soltanto le modalità di erogazione dei servizi e delle informazioni, ma anche e principalmente le modalità di relazione con il cittadino. Ciò implica apertura, capacità di ascolto e di dialogo, orientamento all'interazione, disponibilità al cambiamento.

La pianificazione degli argomenti è fondamentale per garantire un flusso informativo costante e coerente con le iniziative aziendali. Ogni mese l'azienda predispone un piano editoriale fatto di video animati, infografiche, interviste, card interattive, con contenuti relativi agli appuntamenti più importanti (giornate nazionali, internazionali o mondiali; inaugurazioni, o eventi da divulgare) insieme a un approccio di costante gentilezza e disponibilità, è fondamentale la presa in carico immediata del quesito e, laddove non sia possibile rispondere immediatamente, si



considera importante assicurare un riscontro entro pochi giorni.

La chat privata associata alle pagine Social diviene fondamentale per cogliere criticità o risorse delle iniziative intraprese e occasione per rispondere con immediatezza ai quesiti richiesti o alla presa in carica delle richieste al fine di trovare soluzioni condivise, migliorare la soddisfazione e accrescere la fiducia. Nell'ambito di questa strategia di comunicazione efficace è importante sottolineare che l'ASL Salerno è stata per il secondo anno consecutivo premiata con il prestigioso riconoscimento dello "smartphone d'oro 2024". Questo premio conferito durante la 5 edizione del concorso nazionale di PA Social a Roma rappresenta un ulteriore segno del nostro impegno nel settore della comunicazione pubblica e digitale.

9. Comunicazione a mezzo stampa

I rapporti con i Media sono un settore di importanza strategica nella gestione dell'immagine aziendale. Le redazioni costituiscono l'interlocutore privilegiato per sviluppare un clima appropriato affinché il sistema di comunicazione input-output non sia falsato o deformato nei contenuti e nei tempi. È quindi necessario parlare ai media e conoscere i meccanismi con cui essi diffondono le "notizie" per sfruttare tutti i canali comunicativi ed accrescere i momenti di "buona" visibilità aziendale.

L'Ufficio Stampa caratterizza la propria attività giornalistica a seconda del target di riferimento, specializzando l'argomento e individuando i canali più appropriati di trasmissione del messaggio. In quest'ottica è importante ricercare nuove strategie di comunicazione, utilizzando anche le innovazioni tecnologiche.

Capacità e competenza nell'utilizzare gli strumenti multimediali per far giungere con immediatezza al pubblico l'informazione voluta o richiesta, dopo aver controllato la veridicità della notizia e aver rilevato i commenti dei vertici della propria organizzazione di appartenenza con i quali è a stretto e continuo contatto

10. Le Botteghe Della Comunità un modello di umanizzazione delle cure

Uno dei primi esempi di umanizzazione delle cure e benessere organizzativo in sanità è stato realizzato con l'inaugurazione delle "Bottega Della Comunità" in provincia di Salerno che punta a migliorare i servizi sanitari e sociali offerti ai cittadini, facilitando la condivisione delle informazioni tra i professionisti sanitari per garantire un'assistenza più efficace e personalizzata.

Attraverso questa esperienza che sarà replicata in numerose aree interne del territorio provinciale, ASL Salerno ha applicato in anticipo i principi dettati dalla "Carta di Udine" presentata in occasione degli Stati Generali Itineranti proprio per l'Umanizzazione delle cure e il benessere organizzativo.

"Le Botteghe della Comunità di ASL Salerno, realizzate con i fondi PNRR, non solo modernizzano le strutture, ma creano anche un punto di riferimento per la salute e il benessere della comunità. Esse rappresentano un passo significativo verso un'assistenza sanitaria più accessibile e integrata, attraverso la presa in carico diffusa e multi professionale, soprattutto le aree interne della provincia dove lo spopolamento e la distanza con i punti di erogazione dei servizi sanitari mette in discussione il concetto cardine dell'equità per la salute. La sanità

del futuro è l'umanizzazione delle cure. Una nuova strategia per rispondere ai bisogni di salute della popolazione attraverso un modello che coniuga la prospettiva clinico-assistenziale con quella comunicativa e organizzativa-gestionale.

Umanizzazione delle Cure vuol dire fare esperienza di solidarietà, educare al rapporto intergenerazionale, generando modelli relazionali utili anche al di fuori del contesto sanitario. L'Umanizzazione delle Cure genera fiducia; rappresenta un modello di civiltà e una opportunità di crescita per la società intera.





La Asl Salerno trionfa per l'integrazione sociosanitaria con le Botteghe della Comunità al Lean Healthcare Award 2024.

La motivazione della giuria del Lean Award è chiara: il premio è stato assegnato alla Asl Salerno "per aver utilizzato la metodologia Lean in modo innovativo, revisionando l'offerta territoriale per rispondere meglio ai bisogni assistenziali dei pazienti e garantendo un allineamento alle loro reali necessità".

Il Lean Healthcare Award si consolida come uno dei principali riconoscimenti della sanità del Paese. I progetti in lizza sono giudicati dagli esperti e tecnici del settore di tutta Italia. Quest'anno erano 250 le proposte presentate da 98 aziende sanitarie pubbliche e private di tutta Italia che il 21 novembre a Roma si sono sfidate durante la cerimonia di premiazione.



11. La comunicazione istituzionale: i City Competent

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Il Think Tank "CompetenceEconomy" ha introdotto una nuova metodologia di potenziamento esperienziale di comunità, attraverso la composizione di team interdisciplinari ed inter istituzionali composti da professionisti della Pubblica amministrazione e Cittadini e terzo settore. Un modello innovativo che nell'ASL Salerno ha previsto l'implementazione del Modello del Cittadino Competente come un approccio dal basso verso l'alto in cui gli individui possono essere educati e motivati a collaborare in modo intelligente con le istituzioni del settore pubblico e i vari livelli di governo, diventando persone "competenti" per la comunicazione dell'azienda e dei suoi servizi oltre che per lo scambio con altri enti, istituzioni e associazioni. La metodologia implementata nella ASL di Salerno si basa sull'intenzione di intercettare i cittadini idonei a diventare persone competenti per i 28 comuni cilentani, che aiutano le comunità e le istituzioni ad adottare l'innovazione Bottega della Comunità. La ASL ha attivato



la sperimentazione gestionale, integrando le risorse della Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della Strategia delle Aree Interne (SNAI) progettando, con l'ausilio dei 29 Comuni, delle cure primarie e delle farmacie che insistono nell'area interna, un modello diffuso di strutture di prossimità sociosanitarie definito Botteghe della Comunità per un bacino di 28 mila cittadini serviti.

Un modello "sartoriale" - uniforme anche nell'immagine con cui si presenta al cittadino con combinazioni di colori e con i percorsi di way finding - disegnato sulle esigenze epidemiologiche, sociali e sanitarie del territorio, tale da accompagnare il percorso assistenziale e di cura nell'arco di tutta la vita della persona. Una visione olistica che aumenta l'attenzione al paziente delle Aree Interne, caratterizzate dalla distanza dai punti sanitari di erogazione e contribuisce al processo di umanizzazione a cui l'azienda tende come leva di miglioramento.



12. Comunicazione su progetti specifici 2024-2025

Le progettualità sulle quali l'azienda ha focalizzato attività di comunicazione dedicate nel 2024 in continuità dall'anno precedente, sono di supporto alle attività previste dai progetti vincolati e quindi considerate di particolare rilievo ai fini del raggiungimento dei LEA, nello specifico:

Supporto alle attività di Prevenzione

- Sviluppo di iniziative di comunicazione a supporto dei programmi di attività di promozione e prevenzione della salute;
- Campagna di comunicazione sulle vaccinazioni obbligatorie;
- Campagna stagionale per la vaccinazione antinfluenzale;
- Attività di Comunicazione legate al raggiungimento dei target negli Screening Oncologici;
- Sicurezza nei luoghi di lavoro;

Supporto alle attività di Salute Mentale

- Dipendenze (Fumo, alcol, tabagismo)
- Violenza di genere e a sostegno delle donne vittime di violenza

Supporto alle attività ospedaliere

- Determinanti di Salute nel percorso nascita
- Donazione Organi
- Sicurezza delle Cure Ospedaliere

Supporto alle attività di integrazione Ospedale - Territorio

- Ambulatori Infermieristici
- Attività di Riabilitazione
- Recupero Liste di Attesa
- Telemedicina
- Equità in Salute

Servizio Civile Universale (progetto Giovani per la promozione della Salute) per la promozione e sensibilizzazione degli screening oncologici gratuiti, per un contributo al miglioramento all'accesso dei servizi sanitari per i cittadini. Un servizio di impatto sociale per fare la differenza e migliorare la qualità della vita sul territorio e favorire l'informazione e la comunicazione per l'accesso ai servizi della cittadinanza.

13. Comunicazione e Associazioni di volontariato

Alle attività svolte nell'ambito della comunicazione istituzionale afferisce anche la gestione del rapporto con le Associazioni di Volontariato, la cui collaborazione con l'Azienda comporta la realizzazione di iniziative condivise finalizzate alla promozione di progettualità nella popolazione interessata.

La prospettiva per il 2025 è quella del co-marketing, inteso come alleanza di risorse o competenze finalizzata ad accrescere le potenzialità di ciascun soggetto coinvolto, dove l'obiettivo è sviluppare una strategia di fidelizzazione delle Associazioni di Volontariato allo scopo di accrescere la riconoscibilità e il valore del "brand" ASL Salerno e, contemporaneamente, incrementare la partecipazione attiva degli utenti alla vita dell'Azienda. Le interazioni che ne scaturiscono sono un vantaggio sia per le associazioni coinvolte, che possono avere maggiore visibilità, che per l'ASL Salerno che si fa promotrice di istanze culturali e di solidarietà sociale riconosciute dal grande pubblico.

14. L'URP e la comunicazione con il cittadino

Attraverso le attività di informazione e comunicazione le aziende possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini favorendo l'umanizzazione delle cure e l'attenzione alla persona nella sua globalità. I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata e richiedono alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni. Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata.

In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, attraverso ogni canale di comunicazione, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti permettendo al cittadino-utente una partecipazione attiva ai processi aziendali. Segnalazioni, encomi e reclami favoriscono proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi. L'obiettivo per il 2025 sarà quello di implementare una piattaforma dotata di intelligenza artificiale per poter fornire soluzioni in tempo reale a quante più persone possibili e di mettere il cittadino utente in dialogo costante con l'azienda.

15. Dati di attività - Post che hanno avuto maggiore successo nel 2024

Le pagine social dell'ASL Salerno registra un costante aumento di follower e soprattutto di interazioni (domande e commenti). Risulta inoltre evidente come in momenti corrispondenti a eventi imprevisti ci sia un notevole aumento di attività sulla pagina, a conferma del fatto che le persone cercano informazioni sui social network ed è di fondamentale importanza fornire risposte corrette e tempestive attraverso le fonti istituzionali.



Promuovi

...

X

Inaugurate questa mattina dalla Direzione Strategica azie...
30 ottobre 2024 15:33
ID: 981306010690654

Interazioni

Reazioni: 639

Commenti: 49

Condivisioni: 62

Panoramica

Prestazioni

Anteprima del feed

Prestazioni

Panoramica			
Visualizzazioni ⓘ	Copertura ⓘ	Interazioni nette ⓘ	Clic sul link ⓘ
49.328	23.702	334	--



Promuovi

... X

Presentati questa mattina, alla presenza della Direttore S...

17 ottobre 2024 15:17

ID: 971286958359226

Interazioni

👍 Reazioni: 283

💬 Commenti: 16

➦ Condivisioni: 25

Panoramica

Prestazioni

Anteprima del feed

Prestazioni

Panoramica

Visualizzazioni ⓘ

19.660

Copertura ⓘ

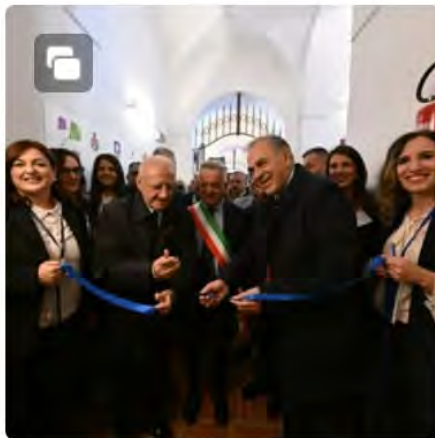
10.263

Interazioni nette ⓘ

140

Clic sul link ⓘ

2



Promuovi

... X

Alla presenza del presidente della Regione Campania on. V...

6 novembre 2024 16:37

ID: 986683756819546

Interazioni

👍 Reazioni: 209

💬 Commenti: 12

➦ Condivisioni: 36

Panoramica

Prestazioni

Anteprima del feed

Prestazioni

Panoramica

Visualizzazioni ⓘ

18.935

Copertura ⓘ

9704

Interazioni nette ⓘ

143

Clic sul link ⓘ

--



Promuovi



Mercoledì 6 novembre, alle ore 10:30, presso il Palazzo De ...

4 novembre 2024 16:47

ID: 985233256964596

Interazioni



Reazioni: 349



Commenti: 46



Condivisioni: 59

Panoramica

Prestazioni

Anteprima del feed

Prestazioni

Panoramica

Visualizzazioni ⓘ

18.918

Copertura ⓘ

9970

Interazioni nette ⓘ

155

Clic sul link ⓘ

--



Promuovi



Il primo ottobre prossimo prenderà il via la campagna di va...

29 settembre 2024 10:10

ID: 956731139814808

Interazioni



Reazioni: 70



Commenti: 6



Condivisioni: 42

Panoramica

Prestazioni

Anteprima del feed

Prestazioni

Panoramica

Visualizzazioni ⓘ

17.622

Copertura ⓘ

10.651

Interazioni nette ⓘ

86

Clic sul link ⓘ

--



Promuovi

... X

Le Botteghe della Comunità: l'Asl Salerno inaugura il mode...

16 novembre 2024 20:36

ID: 994163252738263

Interazioni



Reazioni: 140



Commenti: 2



Condivisioni: 8

Panoramica

Prestazioni

Anteprima del feed

Prestazioni

Panoramica

Visualizzazioni ⓘ

14.508

Copertura ⓘ

7681

Interazioni nette ⓘ

107

Clic sul link ⓘ

--



Promuovi

... X

Capodanno in salute: inizia l'anno nel migliore dei modi! 🌟 ...

31 dicembre 2024 10:00

ID: 1026313626189892

Interazioni



Reazioni: 42



Commenti: 5



Condivisioni: 9

Panoramica

Prestazioni

Anteprima del feed

Prestazioni

Panoramica

Visualizzazioni ⓘ

6319

Copertura ⓘ

3968

Interazioni nette ⓘ

48

Clic sul link ⓘ

--

Insights Facebook 2023

Visualizzazioni ⓘ

Esporta ▼

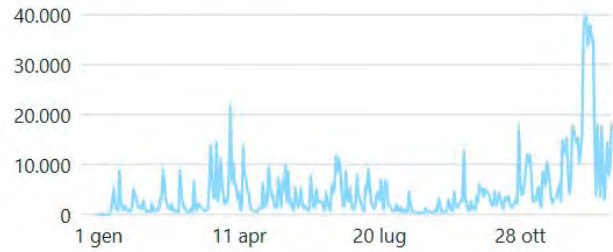
--

Dati non disponibili

Copertura ⓘ

Esporta ▼

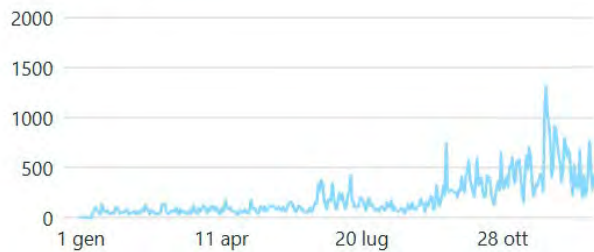
480.747 ↑ 100%



Visite ⓘ

Esporta ▼

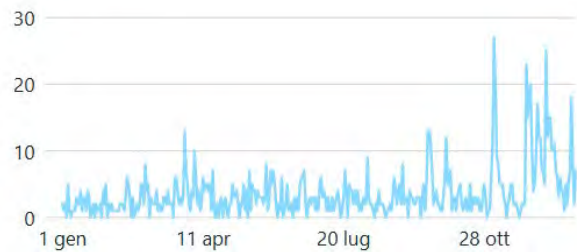
71.242 ↑ 100%



Follower ⓘ

Esporta ▼

1326 ↓ 44%



Insights Facebook 2024

Visualizzazioni ⓘ

Esporta ▼

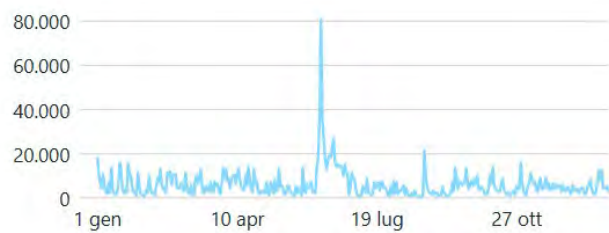
792.190



Copertura ⓘ

Esporta ▼

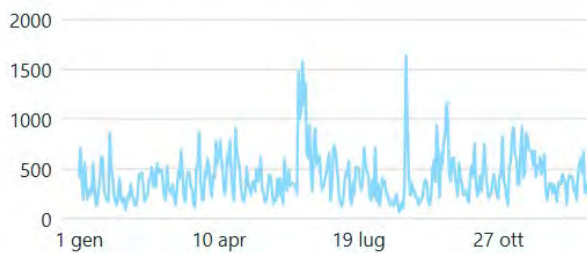
462.799 ↓ 3,3%



Visite ⓘ

Esporta ▼

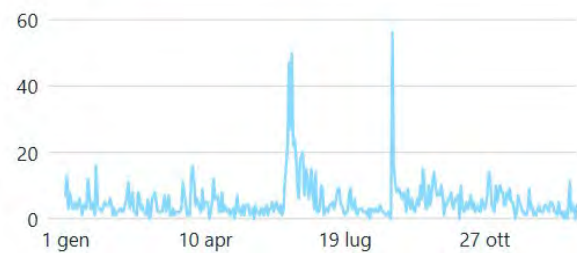
149.859 ↑ 111,6%



Follower ⓘ

Esporta ▼

1925 ↑ 45,6%



Insights Instagram 2023

Visualizzazioni ⓘ

Esporta ▼

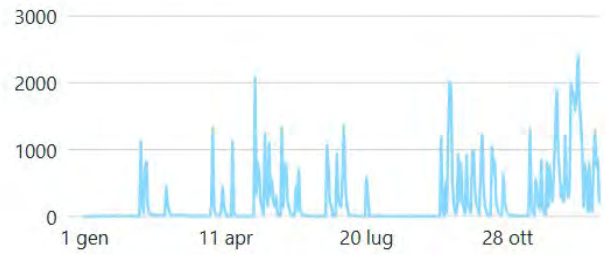
--

Dati non disponibili

Copertura ⓘ

Esporta ▼

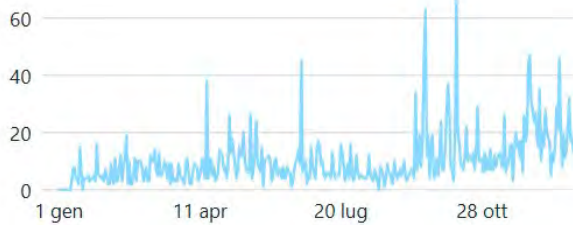
18.862 ↑ 100%



Visite ⓘ

Esporta ▼

3697 ↑ 100%



Follower ⓘ

Esporta ▼

--

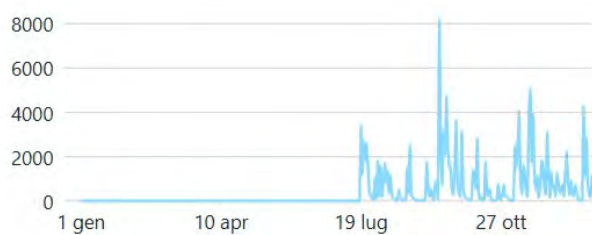
Dati non disponibili

Insights Instagram 2024

Visualizzazioni ⓘ

Esporta ▼

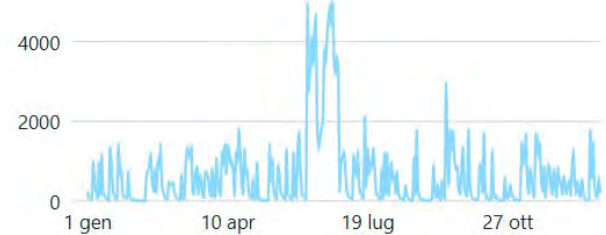
154.306



Copertura ⓘ

Esporta ▼

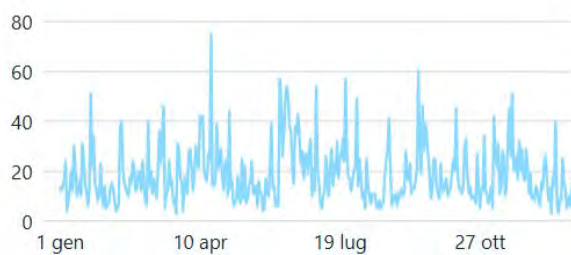
46.506 ↑ 146,6%



Visite ⓘ

Esporta ▼

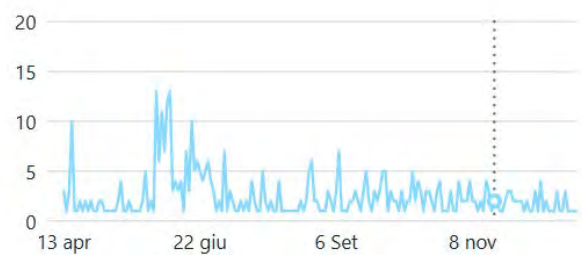
6855 ↑ 86,1%



Follower ⓘ

Esporta ▼

474





40K
Followers
Grazie

A cura di
UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
UOSD URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico)

Francesco Colavita
Vittoria Cosentino
Luca Morrone

In collaborazione con



ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno





Appendice PIAO 2025-2027

Obiettivi Operativi UOC/UOSD

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA -P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE VERRIOLI
Matricola Responsabile	7904
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2 RiduzioneTempi Refertazione per favorire la riduzione dei tempi di chiusura SDO	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	50	Relazione sull'avvenuto miglioramento dei tempi di refertazione degli esami rispetto all'anno precedente	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ANATOMIA PATOLOGICA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	RAFFAELE FRISTACHI
Matricola Responsabile	1608
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
RiduzioneTempi Refertazione per favorire la riduzione dei tempi di chiusura SDO	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	50	Relazione sull'avvenuto miglioramento dei tempi di refertazione degli esami rispetto all'anno precedente	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA - P.O. PAGANI
Codice struttura	R401020801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA ADDESSO
Matricola Responsabile	26
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2 RiduzioneTempi Refertazione per favorire la riduzione dei tempi di chiusura SDO	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	50	Relazione sull'avvenuto miglioramento dei tempi di refertazione degli esami rispetto all'anno precedente	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. BIOLOGIA MOLECOLARE - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402012201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GREGORIO GOFFREDI
Matricola Responsabile	6363
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10 = 100\%$; $\geq 5 \text{ e } < 10 = 80\%$; $\geq 3 \text{ e } < 5 = 60\%$; $< 3 = 0$
2	Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	35	n. minuti di consegna referti urgenti	a fasce	$\leq 55 = 100\%$; $\geq 55 \text{ e } \leq 60' = 80\%$; $\geq 60 \text{ e } \leq 65' = 60\%$; $> 65 = 0$
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90 = 100\%$ $< 90 = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELO CATALANO
Matricola Responsabile	5458
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONELLO D'ANDREA
Matricola Responsabile	3862
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni rispetto alle dimissioni con prescrizione del primo ciclo terapeutico	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SILVIO SAPONARA
Matricola Responsabile	7602
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA MADDALENA MATARAZZO
Matricola Responsabile	12892
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GERARDO RICCIO
Matricola Responsabile	2688
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO ALOIA
Matricola Responsabile	10051
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18$ e $\leq 0,22 = 80\%$ $0,22 = 0\%$
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	$\geq 60\% = 100\%$ tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% $< 55\% = 0\%$
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	$\geq 80\% = 100\%$; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; $< 50 = 0$
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; $< 70 = 0$
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	$\geq 95\% = 100\%$; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; $< 85 = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCO LA ROCCA
Matricola Responsabile	14876
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI SPARAVIGNA
Matricola Responsabile	3075
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	RENATO MECCARIELLO
Matricola Responsabile	3505
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ERMANN0 D'ARCO
Matricola Responsabile	11176
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	AURELIO NASTO
Matricola Responsabile	2305
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MEUCCI
Matricola Responsabile	12996
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
8Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE CORRADO
Matricola Responsabile	841
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI CAMMAROTA
Matricola Responsabile	10474
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FERDINANDO AMODIO
Matricola Responsabile	104
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rispetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≥ 135 = 100% N. Interventi eseguiti < 135 = 0%
3	Riduzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg. da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. Denominatore: numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	a fasce	<= 7,93 = 100% > 7,93 e <= 9 = 80% > 9 = 0%
4	H05Z - Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
5	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
6	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
7	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
8	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
10	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. CHIRURGIA VASCOLARE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI CIMMINO
Matricola Responsabile	9996
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18 \text{ e } \leq 0,22 = 80\%$ $> 0,22 = 0\%$
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	$\geq 80\% = 100\%$; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	$\leq 25\% = 100\%$; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	$\geq 95\% = 100\%$; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DERMATOLOGIA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA TERESA UZZAUTO
Matricola Responsabile	3251
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
2	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
4	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Mantenimento del peso medio DRG	Gestione organizzativa	20	N. Ricoveri totali / peso totale DRG	a fasce	≥ 0,95 = 100%; tra 0,90 e 0,94 = 80%; tra 0,85 e 0,89 = 60%; < 0,89 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. EMATOLOGIA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CATELLO CALIFANO
Matricola Responsabile	508
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	PIETRO SPINELLI
Matricola Responsabile	14234
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO CUOMO
Matricola Responsabile	899
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	RICCARDO MARMO
Matricola Responsabile	12812
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GENETICA MEDICA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401021801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	PIETRO GIOIELLO
Matricola Responsabile	1708
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10\% = 100\%$; $\geq 5\% \text{ e } < 10\% = 80\%$; $\geq 3\% \text{ e } < 5\% = 60\%$; $< 3\% = 0$
2 Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	a fasce	$\leq 55' = 100\%$; $\geq 55' \text{ e } \leq 60' = 80\%$; $\geq 60' \text{ e } \leq 65' = 60\%$; $> 65' = 0$
3 Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GRAZIA RUSSO
Matricola Responsabile	7517
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18 \text{ e } \leq 0,22 = 80\%$ $> 0,22 = 0\%$
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	$\geq 80\% = 100\%$; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	$\geq 95\% = 100\%$; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI - PO SCAFATI
Codice struttura	R401032001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIANO FRANCO CORRADO
Matricola Responsabile	845
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONINO CROCAMO
Matricola Responsabile	11033
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA GENERALE E DELLE FRAGILITA' - P.O. DI AGROPOLI
Codice struttura	R403020201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE VOLZONE
Matricola Responsabile	7978
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO PATELLA
Matricola Responsabile	13369
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE TORIELLO
Matricola Responsabile	7815
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE D'ADAMO
Matricola Responsabile	920
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIULIO DE FELICE
Matricola Responsabile	11212
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE E DELLE FRAGILITA' - P.O. DI ROCCADASPIDE
Codice struttura	R402030201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIANCARLO ROMEO
Matricola Responsabile	13803
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO DE PAOLA
Matricola Responsabile	17014
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIROLAMO ADILETTA
Matricola Responsabile	29
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S. MEDICINA GENERALE - P.O. DI SCAFATI
Codice struttura	R401030301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSA SANTARPIA
Matricola Responsabile	17013
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	PIETRO FORTE
Matricola Responsabile	11862
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA DEA EBOLI-BATTIPAGLIA-ROCCADASPIDE
Codice struttura	R402010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GERARDO LIGUORI
Matricola Responsabile	16097
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15% = 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA DEA NOCERA-PAGANI-SCAFATI
Codice struttura	R401010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSA SANTARPIA
Matricola Responsabile	17013
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	Sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15% = 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARISTIDE TORTORA
Matricola Responsabile	3189
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	Sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15% = 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15% = 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	>= 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO DE PAOLA
Matricola Responsabile	17014
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MAURIZIO MARIA D'AMBROSIO
Matricola Responsabile	954
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	Sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15% = 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA DEA VALLO-AGROPOLI
Codice struttura	R403010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ADRIANO DE VITA
Matricola Responsabile	11317
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% = 50% < 80% = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	Sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15% = 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	on

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. FARMACIA - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO GUIDA
Matricola Responsabile	12223
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Efficienza	25	Relazione sull'avvenuto contenimento entro la media nazionale del Consumo medio procapite	on/off	On
2 Razionalizzazione e contenimento della spesa per dispositivi medici attraverso il monitoraggio periodico dei consumi e analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo (Programmazione So.Re.Sa.)	Efficienza	25	Spesa effettiva / Spesa programmata (So.Re.Sa. 2024)	a fasce	≤ 1 = 100% tra 1 e 1,025 = 90% tra 1,025 e 1,050 = 80% < 1,050 0 = 0
3 Puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	Flussi Informativi / Monitoraggi	25	Relazione sull'avvenuta puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	on/off	On
4 Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. FARMACIA OSPEDALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSA SANTARPIA
Matricola Responsabile	17013
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Efficienza	25	Relazione sull'avvenuto contenimento entro la media nazionale del Consumo medio procapite	on/off	On
2 Razionalizzazione e contenimento della spesa per dispositivi medici attraverso il monitoraggio periodico dei consumi e analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo (Programmazione So.Re.Sa.)	Efficienza	25	Spesa effettiva / Spesa programmata (So.Re.Sa. 2024)	a fasce	≤ 1 = 100% tra 1 e 1,025 = 90% tra 1,025 e 1,050 = 80% < 1,050 0 = 0
3 Puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	Flussi Informativi / Monitoraggi	25	Relazione sull'avvenuta puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	on/off	On
4 Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. FARMACIA - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARISTIDE TORTORA
Matricola Responsabile	3189
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Efficienza	25	Relazione sull'avvenuto contenimento entro la media nazionale del Consumo medio procapite	on/off	On
2 Razionalizzazione e contenimento della spesa per dispositivi medici attraverso il monitoraggio periodico dei consumi e analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo (Programmazione So.Re.Sa.)	Efficienza	25	Spesa effettiva / Spesa programmata (So.Re.Sa. 2024)	a fasce	≤ 1 = 100% tra 1 e 1,025 = 90% tra 1,025 e 1,050 = 80% < 1,050 0 = 0
3 Puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	Flussi Informativi / Monitoraggi	25	Relazione sull'avvenuta puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	on/off	On
4 Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. FARMACIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407012001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CARMELA TERRACCIANO
Matricola Responsabile	14347
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Efficienza	25	Relazione sull'avvenuto contenimento entro la media nazionale del Consumo medio procapite	on/off	On
2 Razionalizzazione e contenimento della spesa per dispositivi medici attraverso il monitoraggio periodico dei consumi e analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo (Programmazione So.Re.Sa.)	Efficienza	25	Spesa effettiva / Spesa programmata (So.Re.Sa. 2024)	a fasce	≤ 1 = 100% tra 1 e 1,025 = 90% tra 1,025 e 1,050 = 80% < 1,050 0 = 0
3 Puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	Flussi Informativi / Monitoraggi	25	Relazione sull'avvenuta puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	on/off	On
4 Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. FARMACIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404011201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA CONCETTA LOMBARDI
Matricola Responsabile	12568
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Efficienza	25	Relazione sull'avvenuto contenimento entro la media nazionale del Consumo medio procapite	on/off	On
2 Razionalizzazione e contenimento della spesa per dispositivi medici attraverso il monitoraggio periodico dei consumi e analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo (Programmazione So.Re.Sa.)	Efficienza	25	Spesa effettiva / Spesa programmata (So.Re.Sa. 2024)	a fasce	≤ 1 = 100% tra 1 e 1,025 = 90% tra 1,025 e 1,050 = 80% < 1,050 0 = 0
3 Puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	Flussi Informativi / Monitoraggi	25	Relazione sull'avvenuta puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	on/off	On
4 Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. FARMACIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406011101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MAURIZIO MARIA D'AMBROSIO
Matricola Responsabile	954
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Efficienza	25	Relazione sull'avvenuto contenimento entro la media nazionale del Consumo medio procapite	on/off	On
2 Razionalizzazione e contenimento della spesa per dispositivi medici attraverso il monitoraggio periodico dei consumi e analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo (Programmazione So.Re.Sa.)	Efficienza	25	Spesa effettiva / Spesa programmata (So.Re.Sa. 2024)	a fasce	≤ 1 = 100% tra 1 e 1,025 = 90% tra 1,025 e 1,050 = 80% < 1,050 0 = 0
3 Puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	Flussi Informativi / Monitoraggi	25	Relazione sull'avvenuta puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	on/off	On
4 Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. FARMACIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALBERTA IANNICELLI
Matricola Responsabile	12255
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Efficienza	25	Relazione sull'avvenuto contenimento entro la media nazionale del Consumo medio procapite	on/off	On
2 Razionalizzazione e contenimento della spesa per dispositivi medici attraverso il monitoraggio periodico dei consumi e analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo (Programmazione So.Re.Sa.)	Efficienza	25	Spesa effettiva / Spesa programmata (So.Re.Sa. 2024)	a fasce	≤ 1 = 100% tra 1 e 1,025 = 90% tra 1,025 e 1,050 = 80% < 1,050 0 = 0
3 Puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	Flussi Informativi / Monitoraggi	25	Relazione sull'avvenuta puntuale compilazione e gestione dei Registri di monitoraggio AIFA	on/off	On
4 Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GERIATRIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELA MARIA IMMACOLATA MORRA
Matricola Responsabile	13096
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	On/Off	on
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401013301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CARMINE ORICCHIO
Matricola Responsabile	13227
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H08Za - Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi, GR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N° unità GR prodotte / N° Unità GR programmate	a fasce	>= 97% = 100% tra 80% e 97% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
2	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immuno globuline, fattore VIII e fattore IX, albumina)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	a fasce	>= 95% = 100% tra 80% e 95% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012602
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI D'ARENA
Matricola Responsabile	11177
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H08Za - Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi, GR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N° unità GR prodotte / N° Unità GR programmate	a fasce	>= 97% = 100% tra 80% e 97% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
2	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immuno globuline, fattore VIII e fattore IX, albumina)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	a fasce	>= 95% = 100% tra 80% e 95% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402021301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE PIPOLO
Matricola Responsabile	7290
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H08Za - Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi, GR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N° unità GR prodotte / N° Unità GR programmate	a fasce	>= 97% = 100% tra 80% e 97% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
2	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immuno globuline, fattore VIII e fattore IX, albumina)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	a fasce	>= 95% = 100% tra 80% e 95% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402021001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CLAUDIO PARAGGIO
Matricola Responsabile	7132
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10\% = 100\%$; $\geq 5 \text{ e } < 10 = 80\%$; $\geq 3 \text{ e } < 5 = 60\%$; $< 3 = 0$
2	Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	a fasce	$\leq 55' = 100\%$; $\geq 55' \leq 60' = 80\%$; $\geq 60' \leq 65' = 60\%$; $> 65' = 0$
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSITA MARCHITIELLO
Matricola Responsabile	2093
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	a fasce	≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	PAOLA SABATINI
Matricola Responsabile	2818
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10\% = 100\%;$ $\geq 5 \text{ e } < 10 = 80\%;$ $\geq 3 \text{ e } < 5 = 60\%;$ $< 3 = 0$
2	Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	a fasce	$\leq 55' = 100\%;$ $\geq 55' \leq 60' = 80\%;$ $\geq 60' \leq 65' = 60\%;$ $> 65' = 0$
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. LABORATORIO DI ANALISI - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407012101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA GIOVANNA DI SEVO
Matricola Responsabile	11591
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10\% = 100\%$; $\geq 5 \text{ e } < 10 = 80\%$; $\geq 3 \text{ e } < 5 = 60\%$; $< 3 = 0$
2	Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	a fasce	$\leq 55' = 100\%$; $\geq 55' \leq 60' = 80\%$; $\geq 60' \leq 65' = 60\%$; $> 65' = 0$
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404011301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALESSANDRO SANTOMAURO
Matricola Responsabile	14004
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10\% = 100\%$; $\geq 5 \text{ e } < 10 = 80\%$; $\geq 3 \text{ e } < 5 = 60\%$; $< 3 = 0$
2	Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	a fasce	$\leq 55' = 100\%$; $\geq 55' \leq 60' = 80\%$; $\geq 60' \leq 65' = 60\%$; $> 65' = 0$
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARCELLO AMETRANO
Matricola Responsabile	10076
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10\% = 100\%;$ $\geq 5 \text{ e } < 10 = 80\%;$ $\geq 3 \text{ e } < 5 = 60\%;$ $< 3 = 0$
2	Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	a fasce	$\leq 55' = 100\%;$ $\geq 55' \leq 60' = 80\%;$ $\geq 60' \leq 65' = 60\%;$ $> 65' = 0$
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. LUNGODEGENTI - P.O. DI SCAFATI
Codice struttura	R401030801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELO TOMMASO SGUEGLIA
Matricola Responsabile	2994
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FAUSTO ESPOSITO
Matricola Responsabile	6071
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIETTA SICA
Matricola Responsabile	2997
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA EMERGENZA URGENZA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNA ESPOSITO
Matricola Responsabile	1362
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCO CEMBALO
Matricola Responsabile	5488
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO INNAC
Matricola Responsabile	1857
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA - P.O. DI ROCCADASPIDE
Codice struttura	R402030701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GERARDO LIGUORI
Matricola Responsabile	16097
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO DE PAOLA
Matricola Responsabile	17014
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406011001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE SFORZA
Matricola Responsabile	2993
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA EMERGENZA URGENZA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ADRIANO DE VITA
Matricola Responsabile	11317
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	Riduzione dei tempi di rilascio barella	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. EMODIALISI - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404011001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	BELLOTTI GIOVANNI
Matricola Responsabile	15028
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z -Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. NEFROLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCO BUONO
Matricola Responsabile	10399
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z -Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEFROLOGIA CON EMODIALISI - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402013001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE GIGLIOTTI
Matricola Responsabile	6323
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z -Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEFROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARISTIDE TORRE
Matricola Responsabile	3183
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z -Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROCHIRURGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE CARANDENTE
Matricola Responsabile	3613
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROCHIRURGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO MARTINO
Matricola Responsabile	2136
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. NEUROLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi	a fasce	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <= 15 = 60% > 15 = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO PIZZA
Matricola Responsabile	13561
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie	a fasce	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. NEUROLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO BUSILLO
Matricola Responsabile	5290
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi	a fasce	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	TERESA CUOMO
Matricola Responsabile	910
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18 \text{ e } \leq 0,22 = 80\%$ $> 0,22 = 0\%$
2	H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi	a fasce	$\leq 12,91 = 100\%$ $> 12,91 \text{ e } \leq 15 = 60\%$ $> 15 = 0\%$
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	$\geq 80\% = 100\%$; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	$\geq 95\% = 100\%$; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEURORADIOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANDREA MANTO
Matricola Responsabile	2070
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	$\geq 10\% = 100\%;$ $\geq 5 \text{ e } < 10 = 80\%;$ $\geq 3 \text{ e } < 5 = 60\%;$ $< 3 = 0$
2	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	30	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	$\geq 5\% = 100\%;$ $\geq 3 \text{ e } < 5 = 80\%;$ $\geq 2 \text{ e } < 3 = 60\%;$ $< 2 = 0$
3	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. NEURORADIOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO VOLPE
Matricola Responsabile	14617
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	30	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
3	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OCULISTICA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	PALMIRO CORNETTA
Matricola Responsabile	5647
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	>= 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	>= 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	>= 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL’UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OCULISTICA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE MARINO
Matricola Responsabile	2106
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. OCULISTICA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALFONSO PELLEGRINO
Matricola Responsabile	7193
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL’UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OCULISTICA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	OLGA VOTO
Matricola Responsabile	14632
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
7	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ONCOLOGIA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE DI LORENZO
Matricola Responsabile	4176
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ONCOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANNARITA ROSCIGNO
Matricola Responsabile	13809
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ONCOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LAURA PESCE
Matricola Responsabile	13448
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ENRICO DI COLA
Matricola Responsabile	5957
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ORTOPEDIA E CHIRURGIA PROTESICA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO CAPPELLI
Matricola Responsabile	10542
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE CIOFFI
Matricola Responsabile	749
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIAMPIERO CALABRO'
Matricola Responsabile	9253
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO CARONNA
Matricola Responsabile	10634
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ATTILIO MOLINARO
Matricola Responsabile	13044
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE MAZZARELLA
Matricola Responsabile	4113
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIANFRANCO LENZA
Matricola Responsabile	12486
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C ASSISTENZA SANITARIA DI BASE DS66
Codice struttura	R507020101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI LUPO
Matricola Responsabile	6657
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL per 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% >320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL per 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL per 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica –	a fasce	≥60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 50% = 0%

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. COORDINAMENTO CURE PRIMARIE
Codice struttura	R201020701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE FERRANTINO
Matricola responsabile	6143
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Predisposizioni delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	Gestione organizzativa	25	Relazione sull'avvenuta predisposizione delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	on/off	On
2	Espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali	Gestione organizzativa	25	Relazione sull'avvenuto espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali	on/off	On
3	Verifica dei requisiti per la concessione dei benefici di cui alla legge 104/92 agli specialisti ambulatoriali ed eventuale adozione delle relative determine dirigenziali	Gestione organizzativa	25	Relazione sull'avvenuta verifica dei requisiti per la concessione dei benefici di cui alla legge 104/92 agli specialisti ambulatoriali e adozione delle relative determine dirigenziali	on/off	On
4	Proposte di adozione dei provvedimenti deliberativi per la gestione del rapporto convenzionale con MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali	Gestione organizzativa	25	Relazione sulle avvenute proposte di adozione dei provvedimenti deliberativi per la gestione del rapporto convenzionale con MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CURE DOMICILIARI, ASSISTENZA ANZIANI, NON AUTOSUFFICIENTI, CURE PALLIATIVE
Codice struttura	R601020102
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	BRUNO ATORINO
Matricola Responsabile	197
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D22Za - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 2,60 = 100% tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% <1,80 = 0%
2	D22Zb - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,90 = 100% tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% < 1,40 = 0%
3	D22Zc - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,50 = 100% tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% < 1,00 = 0%
4	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice / numero deceduti per causa di tumore	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
5	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CARLO CARRAVETTA
Matricola Responsabile	16109
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	a fasce	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE RONSINI
Matricola Responsabile	13808
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	a fasce	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI PISAPIA CIOFFI
Matricola Responsabile	7299
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	a fasce	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	TERESA SANTORIELLO
Matricola Responsabile	2878
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti;	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	a fasce	<= 25 = 100% > 25 e <= 35 = 70% > 33 e <= 40 = 50% > 40 = 0%
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCO DE LAURENTIIS
Matricola Responsabile	11221
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	a fasce	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE RONSINI
Matricola Responsabile	138083
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	a fasce	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
8	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	On
9	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS72
Codice struttura	R513010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS60
Codice struttura	R501010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROBERTO COLETTA
Matricola Responsabile	782
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS61
Codice struttura	R502010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE CANTELMÌ
Matricola Responsabile	554
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS62
Codice struttura	R503010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI LUPO
Matricola Responsabile	6657
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS63
Codice struttura	R504010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE FERRIGNO
Matricola Responsabile	1509
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS64
Codice struttura	R505010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARILENA MONTEFUSCO
Matricola Responsabile	13066
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO Via Nizza 146 - 84124 SALERNO SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA					
Nome Struttura		U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS65			
Codice struttura		R506010101			
Anno		2025			
Direttore/Referente/Responsabile		MARINA D'ANIELLO			
Matricola Responsabile		5766			
Peso Totale		100			

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS66
Codice struttura	R507010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI LUPO
Matricola Responsabile	6657
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS67
Codice struttura	R508010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROCCO BASILE
Matricola Responsabile	5190
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	RENATO IOSCA
Matricola Responsabile	6486
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18$ e $\leq 0,22 = 80\%$ $0,22 = 0\%$
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	$\geq 80\% = 100\%$; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	$\leq 25\% = 100\%$; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	$\geq 95\% = 100\%$; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS68
Codice struttura	R509010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GRAZIA GENTILE
Matricola Responsabile	1690
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	REMO PALLADINO
Matricola Responsabile	2391
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS69
Codice struttura	R510010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO CLAUDIO MONELLI
Matricola Responsabile	13057
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS70
Codice struttura	R511010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARILYNA ALOIA
Matricola Responsabile	10052
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GENNARO D'AGOSTINO FIORENZA
Matricola Responsabile	921
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18 \text{ e } \leq 0,22 = 80\%$ $0,22 = 0\%$
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	$\geq 80\% = 100\%$; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	$\leq 25\% = 100\%$; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	$\geq 95\% = 100\%$; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTUALE DS71
Codice struttura	R512010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO DE PAOLA
Matricola Responsabile	17014
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diabete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% agli assistiti per il periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100% tra 80 e 70 = 80% tra 60 e 50 = 60% < 50 = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI ANIELLO RODIO
Matricola Responsabile	13774
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA ROSARIA LARocca
Matricola Responsabile	12458
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIANCARLO CIMINO
Matricola Responsabile	5553
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSANNA DI CONCILIO
Matricola Responsabile	12458
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PEDIATRIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R406010801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	TEODORO STODUTO
Matricola Responsabile	2386
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PEDIATRIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO DE PAOLA
Matricola Responsabile	17014
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIANLUIGI PALAMONE
Matricola Responsabile	2386
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. TUTELA DELLA SALUTE ADULTI E MINORI DI AREA PENALE
Codice struttura	R601030101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO MARIA PAGANO
Matricola responsabile	7071
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione del sistema informativo regionale SMOP (monitoraggio superamento OPG e servizi sanità penitenziaria)	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	percentuale della popolazione detenuta inserita in SMOP	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 80% e 90% = 80%; ≤ 80% = 0
2	Presa in carico dei minori area penale con progetto integrato	Gestione organizzativa	20	Percentuale dei minori presi in carico con progetto integrato (Neuropsichiatria infantile-SER.D.- Piano di zona) / rispetto alle richieste dell'Autorità Giudiz.	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 80% e 90% = 80%; ≤ 80% = 0
3	Presa in carico autori di reato con problemi psichici	Salute Mentale	6	Percentuale dei ricoverati in Rems	a fasce	≤ 10% = 100%; tra 10% e 15% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; > 20% = 0
4	Presa in carico autori di reato con problemi psichici	Salute Mentale	6	Percentuale di trasformazione delle misure detentive in non detentive	a fasce	≥ 30% = 100%; tra 20% e 30% = 80%; < 20% = 0
5	Presa in carico autori di reato con problemi psichici	Salute Mentale	8	Percentuale di trasformazione delle misure non detentive a libertà	a fasce	≥ 30% = 100%; tra 20% e 30% = 80%; < 20% = 0
6	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione dell'HCV	Prevenzione	10	Percentuale dei detenuti sottoposti a screening HCV	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; ≤ 70% = 0
7	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione dell'HCV	Prevenzione	10	Organizzare almeno n.1 intervento formativo per ciascuno dei n.3 istituti penitenziari	on/off	On
8	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. EMERGENZA - COT 118 - URGENZA TERRITORIALE
Codice struttura	R304010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	DOMENICO VIOLANTE
Matricola Responsabile	7931
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	Tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata	a fasce	<= 21min = 100% tra 21 e 22min = 80% > 22 min = 0%
2	Realizzazione di n. 3 corsi formativi sul personale dipendente nel campo dell'emergenza per un totale di almeno 40 dipendenti	Formazione	15	Relazione sull'avvenuta realizzazioni degli interventi formativi per almeno N. 40 dipendenti	on/off	On
3	Redazione e diffusione dei protocolli operativi nel campo dell'emergenza-urgenza territoriale	Gestione organizzativa	10	N. 3 procedure operative standardizzate sulla base di linee guida : Procedura Auto-medica; procedura utizzo farmaci su ambulanza; procedura operativa ICTUS	on/off	On
4	Incremento dei controlli sui mezzi di soccorso delle Associazioni in convenzione	Risk Management	15	Relazione sull'avvenuto controllo su almeno l' 80% dei mezzi di soccorso	on/off	On
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < al 90% = 0%

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PNEUMOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PNEUMOLOGIA - P.O. DI SCAFATI
Codice struttura	R401030901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GAETANO CICCHITTO
Matricola Responsabile	736
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura		U.O.C. SER.D. n°4			
Codice struttura		R303020401			
Anno		2025			
Direttore/Referente/Responsabile		CARMINE ACCONCIA			
Matricola Responsabile		20			
Totale Peso		100			
Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	on/off	On
2 Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	on/off	On
3 Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	on/off	On
4 Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	on/off	On
5 Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	on/off	On
6 Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. LABORATORIO DI TOSSICOLOGIA
Codice struttura	R303020501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ADA GIULIANO
Matricola Responsabile	12075
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Potenziamento dell'attività tossicologica a supporto dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	OBIETTIVI GENERALI - DG	50	Relazione sull'avvenuto potenziamento dell'attività a supporto dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	on/off	On
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura		U.O.C. SER.D. n°1			
Codice struttura		R303020101			
Anno		2025			
Direttore/Referente/Responsabile		CIRO ARMENANTE			
Matricola Responsabile		178			
Totale Peso		100			
Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	on/off	On
2 Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	on/off	On
3 Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	on/off	On
4 Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	on/off	On
5 Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	on/off	On
6 Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura		U.O.C. SER.D. n°2			
Codice struttura		R303020201			
Anno		2025			
Direttore/Referente/Responsabile		ANTONIETTA GRANDINETTI			
Matricola Responsabile		6370			
Totale Peso		100			
Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	on/off	On
2 Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	on/off	On
3 Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	on/off	On
4 Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	on/off	On
5 Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	on/off	On
6 Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura		U.O.C. SER.D. n°3				
Codice struttura		R303020303				
Anno		2025				
Direttore/Referente/Responsabile		ANTONIO DE LUNA				
Matricola Responsabile		5831				
Totale Peso		100				
	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	on/off	On
2	Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	on/off	On
3	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	on/off	On
4	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	on/off	On
5	Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	on/off	On
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402012101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FIorentino Mondillo
Matricola Responsabile	6915
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO FRUSCIANTE
Matricola Responsabile	1612
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RADIOLOGIA - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405011201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CATELLO ACCARDO
Matricola Responsabile	19
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RADIOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407012301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIACOMO FENZA
Matricola Responsabile	1431
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RADIOLOGIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404011501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	DARIO DEL PRETE
Matricola Responsabile	15115
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406011301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVAMBATTISTA MOSCA
Matricola Responsabile	2269
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CARMINE TABANO
Matricola Responsabile	14828
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	a fasce	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	a fasce	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011902
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MONICA GAMBACORTA
Matricola Responsabile	1646
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
2	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Proporzione di eventi cerebrovascolari e fratture di femore assunti in trattamento riabilitativo precoce	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di pazienti ricoverati presi in carico entro 10 gg. nel percorso di riabilitazione da ictus o IMA o frattura di femore	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0
3	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Profilazione dei Progetti Riabilitativi Individuali	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	N. dei PRI redatti in rapporto al numero dei ricoveri con diagnosi di ictus, IMA, fratture di femore	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 70 e 60 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SINIBALDI RUFOLO
Matricola Responsabile	7491
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
2	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Proporzione di eventi cerebrovascolari e fratture di femore assunti in trattamento riabilitativo precoce	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di pazienti ricoverati presi in carico entro 10 gg. nel percorso di riabilitazione da ictus o IMA o frattura di femore	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0
3	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Profilazione dei Progetti Riabilitativi Individuali	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	N. dei PRI redatti in rapporto al numero dei ricoveri con diagnosi di ictus, IMA, fratture di femore	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 70 e 60 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ADELE PAOLINO
Matricola Responsabile	13327
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
2	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Proporzione di eventi cerebrovascolari e fratture di femore assunti in trattamento riabilitativo precoce	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di pazienti ricoverati presi in carico entro 10 gg. nel percorso di riabilitazione da ictus o IMA o frattura di femore	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0
3	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Profilazione dei Progetti Riabilitativi Individuali	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	N. dei PRI redatti in rapporto al numero dei ricoveri con diagnosi di ictus, IMA, fratture di femore	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 70 e 60 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUCIA GUIDA
Matricola Responsabile	12218
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
2	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Proporzione di eventi cerebrovascolari e fratture di femore assunti in trattamento riabilitativo precoce	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di pazienti ricoverati presi in carico entro 10 gg. nel percorso di riabilitazione da ictus o IMA o frattura di femore	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0
3	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Profilazione dei Progetti Riabilitativi Individuali	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	N. dei PRI redatti in rapporto al numero dei ricoveri con diagnosi di ictus, IMA, fratture di femore	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 70 e 60 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. LOGISTICA E APPROVVIGIONAMENTI
Codice struttura	R202020401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARINELLA BORTONE
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	10321
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Coordinamento delle attività rivolte alla verifica della razionale definizione dei fabbisogni dei beni sanitari da parte delle strutture aziendali interne	Gestione organizzativa	40	Realzione sull'avvenuto coordinamento delle attività rivolte alla verifica della razionale definizione dei fabbisogni dei beni sanitari da parte delle strutture aziendali interne	on/off	On
2	Attività rivolte alla stesura dei capitolati tecnici per l'uniformità dell'approvvigionamento dei beni sanitari nelle strutture aziendali	Gestione organizzativa	30	Relazione sulle avvenute attività rivolte alla stesura dei capitolati tecnici per l'uniformità dell'approvvigionamento dei beni sanitari nelle strutture aziendali	on/off	On
3	Aggiornamento e manutenzione dell'anagrafe aziendale dei dispositivi medici	Gestione organizzativa	30	Relazione sull'avvenuto aggiornamento e manutenzione dell'anagrafe aziendale dei dispositivi medici	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. FARMACOVIGILANZA
Codice struttura	R202020301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CARMELA MARIA DE PAOLA
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	11287
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Promozione della sicurezza dei farmaci e vaccini, con monitoraggio delle reazioni avverse e monitoraggio del previsto incremento delle relative segnalazioni	Flussi Informativi / Monitoraggi	50	Relazione sull'avvenuta promozione della sicurezza dei farmaci e vaccini, con monitoraggio delle reazioni avverse e monitoraggio del previsto incremento delle relative segnalazioni	on/off	On
2	Promozione delle attività di Farmacovigilanza	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta promozione delle attività di Farmacovigilanza	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC GOVERNO DEL FARMACO
Codice struttura	R202020101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIAROSARIA CILLO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	10838
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Integrazione funzionale delle strutture farmaceutiche ospedaliere e distrettuali della ASL per il miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari, attraverso elaborazione di procedure ed istruzioni operative	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta integrazione funzionale delle strutture farmaceutiche ospedaliere e distrettuali della ASL per il miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari, attraverso elaborazione di procedure ed istruzioni operative	on/off	On
2	Realizzazione di analisi trimestrali di farmacoutilizzazione e farmacoepidemiologia per il monitoraggio dell'attuazione dei decreti regionali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta realizzazione di analisi di farmacoutilizzazione e farmacoepidemiologia per il monitoraggio dell'attuazione dei decreti regionali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera	on/off	On
3	Realizzazione di analisi e monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata ed interna, con relativa elaborazione di reportistica aziendale e regionale	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta realizzazione di analisi e monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata ed interna, con relativa elaborazione di reportistica aziendale e regionale	on/off	On
4	Promozione della vigilanza sulle farmacie convenzionate, sui depositi di farmaci per uso umano compresa la raggiera del Servizio DPC, sulle UU.OO. e Servizi ospedalieri e distrettuali	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta promozione della vigilanza sulle farmacie convenzionate, sui depositi di farmaci per uso umano compresa la raggiera del Servizio DPC, sulle UU.OO. e Servizi ospedalieri e distrettuali	on/off	On
5	Attività di formazione e informazione ai farmacisti e ai medici specialisti e convenzionati sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta attività di formazione e informazione ai farmacisti e ai medici specialisti e convenzionati sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. REUMATOLOGIA - P.O. DI SCAFATI
Codice struttura	R401031101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE SCARPATO
Matricola Responsabile	2924
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 64 - 65
Codice struttura	R302050503
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANNAMARIA NOBILE
Matricola Responsabile	7034
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Conferenze dei Servizi su pareri	Gestione organizzativa	20	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Gestione organizzativa	25	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE
Codice struttura	R302030401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANNA LUISA CAIAZZO
Matricola Responsabile	477
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	INFORMATIZZAZIONE E CODIFICA SCHEDE ISTAT DI MORTE	Flussi Informativi / Monitoraggi	50	Numero schede informatizzate e codificate dell'anno di riferimento / numero schede ISTAT residenti ASL Salerno pervenuta dai Comuni nell'anno di riferimento	a fasce	Valore $\geq 100\% = 100\%$; < 100 = 0
2	Sistemi di Sorveglianza PASSI	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	Numero di interviste svolte / n. interviste nell'anno di riferifento	a fasce	Valore $\geq 100\% = 100\%$; < 100 = 0
3	Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche/ N° malattie notificate	a fasce	Valore $\geq 100\% = 100\%$; < 100 = 0
4	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 marzo	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)
Codice struttura	R302020201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	IDA MARIA GUIDA
Matricola Responsabile	6437
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	90	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	SI

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE
Codice struttura	R302040308
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE FORNINO
Matricola Responsabile	11857
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	= (% esecuzione del PNAA7 x 0,5) + (% controlli farmacovigilanza veterinaria x 0,5)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 70 e 79 = 80%; < 70 = 0
2	P12Z - Livello di coperturadi base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci negli alimenti di origine animale.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% di copertura del PNR	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
3	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO
Codice struttura	R302030201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA RAFFAELLA AIDA CESTARO
Matricola Responsabile	5508
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Prevenzione nei luoghi di lavoro Controlli sulle Unità locali	Prevenzione	90	N° Unità locali controllate / N° unità locali totali da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 5% = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0
2	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC IGIENE E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
Codice struttura	R302040299
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MORENA
MatricolaResponsabile	6943
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di additivi negli alimenti di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	90	% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari	a fasce	Valore $\geq 90\%$ = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
2	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. IGIENE PUBBLICA
Codice struttura	R302030301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARCANGELO SAGGESE TOZZI
Matricola Responsabile	7542
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Indirizzo e coordinamento delle attività di screening sulla proporzione di persone che ha effettuato test di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	Valore $\geq 25\%$ = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% inferiore a 13% = 0%
2	Indirizzo e coordinamento delle attività di screening sulla proporzione di persone che ha effettuato test di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	Valore $\geq 35\%$ = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% inferiore a 22% = 0%
3	Indirizzo e coordinamento delle attività di screening sulla proporzione di persone che ha effettuato test di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	Valore $\geq 25\%$ = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% inferiore a 13% = 0%
4	Conferenze dei Servizi su pareri complessi	Gestione organizzativa	75	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore $\geq 80\%$ = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO
Codice struttura	R302030101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARCANGELO SAGGESE TOZZI
Matricola Responsabile	7542
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Prevenzione nei luoghi di lavoro Controlli sulle Unità locali	Prevenzione	90	N° Unità locali controllate / N° unità locali totali da controllare	a fasce	Valore $\geq 5\%$ = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0
2 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 marzo	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SANITÀ ANIMALE
Codice struttura	R302040101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GERARDO STROLLO
Matricola Responsabile	7775
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	90	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,2) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,1) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,1) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,2) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,2) + (% allevamento apistici controllate per anagrafe6 x 0,2)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0
2 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. FLUSSI ED EPIDEMIOLOGIA VETERINARIA
Codice struttura	R302050401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALFONSO CITARELLA
Matricola Responsabile	760
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	90	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica degli indicatori NSG	on/off	ON
2	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 60 - 63
Codice struttura	R302050501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GELSOMINA LAMBERTI
Matricola Responsabile	1906
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Conferenze dei Servizi su pareri	Gestione organizzativa	20	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2 Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3 P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4 Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Gestione organizzativa	25	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.
5 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 61 - 62
Codice struttura	R302050502
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO BELLO
Matricola Responsabile	321
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Conferenze dei Servizi su pareri	Gestione organizzativa	20	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Gestione organizzativa	25	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0.
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401021301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ITALO FABRIS
Matricola Responsabile	1377
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D30Z - Incremento dell'assistenza in cure palliative per assistiti oncologici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	a fasce	≥35% = 100 % < 35% > 30% = 80% < 30% > 20% = 60% <20% = 0%
2	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	45	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403013201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	TERESA GIULIANI
Matricola Responsabile	12074
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D30Z - Incremento dell'assistenza in cure palliative per assistiti oncologici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	a fasce	≥35% = 100 % < 35% > 30% = 80% < 30% > 20% = 60% <20% = 0%
2	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	45	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405011103
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MAURIZIO PINTORE
Matricola Responsabile	7288
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D30Z - Incremento dell'assistenza in cure palliative per assistiti oncologici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	a fasce	$\geq 35\% = 100\%$ $< 35\% > 30\% = 80\%$ $< 30\% > 20\% = 60\%$ $< 20\% = 0\%$
2	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	45	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 71 - 72
Codice struttura	R302050606
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARCANGELO SAGGESE TOZZI
Matricola Responsabile	7542
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamento apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0
2	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
3	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 66 - 67 - 68
Codice struttura	R302050504
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	TEODORICO FRANZESE
Matricola Responsabile	6227
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Conferenze dei Servizi su pareri	Gestione organizzativa	20	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Gestione organizzativa	25	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 69 - 70
Codice struttura	R302050505
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALFREDO AGRESTA
Matricola Responsabile	10020
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Conferenze dei Servizi su pareri	Gestione organizzativa	20	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Gestione organizzativa	25	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 71 - 72
Codice struttura	R302050506
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSA D'ALVANO
Matricola Responsabile	11114
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Conferenze dei Servizi su pareri	Gestione organizzativa	20	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Gestione organizzativa	25	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	SI

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE
Codice struttura	R302050201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSAMARIA ZAMPETTI
Matricola Responsabile	3403
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Sviluppo di processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	Prevenzione	10	Accordi intersettoriali: (Protocolli di Intesa con Pubblici e Privati, Partenariati, Patrocini, Convenzioni con Scuole-PCTO)	a fasce	Valore ≥ 10 = 100%; tra 8 e 9 = 80%; < 8 = 0
2	Interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	Prevenzione	10	Convegno "Scuole che Promuovono Salute e Comunità Attive" (PP01 – PP02) Presentazione del Catalogo Aziendale delle Attività di Educazione e Promozione della Salute e Divulgazione risultati anno precedente	on/off	on
3	Interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	Prevenzione	10	Giornate di Sensibilizzazione e Informazione	a fasce	Valore ≥ 15 = 100%; tra 13 e 14 = 80%; tra 11 e 12 = 80%; < 12 = 0
4	Formazione/Informazione di corretti stili di vita nella Comunità scolastica (Target: docenti, studenti, genitori)	Prevenzione	20	% di Istituti Scolastici raggiunti	a fasce	Valore ≥ 50% = 100%; tra 40% e 50% = 80%; < 40% = 0
5	Sviluppo di una idonea governance aziendale relativa alle attività di Educazione e Promozione della Salute per l'adozione di stili di vita sani	Prevenzione	15	Redazione del Piano Aziendale annuale per l'EPS	on/off	on
6	Sviluppo di una idonea governance aziendale relativa alle attività di Educazione e Promozione della Salute per l'adozione di stili di vita sani	Prevenzione	15	Tavoli tecnici multidisciplinari	a fasce	Valore ≥ 10 = 100%; tra 8 e 9 = 80%; < 8 = 0
7	Promozione di azioni a sostegno delle persone affette da demenza e loro caregivers	Prevenzione	10	N. Distretti Sanitari coinvolti nel Programma "Fili d'Argento" per il miglioramento della qualità della vita della persona fragile, del caregiver e della famiglia	a fasce	Valore ≥ 3 = 100%; tra 2 e 3 = 80%; < 2 = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROSA SANTARPIA
Matricola Responsabile	17013
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
3	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
4	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RANDAGI E BENESSERE ANIMALI DA AFFEZIONE
Codice struttura	R302050301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELO APOSTOLICO
Matricola Responsabile	161
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	90	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi nformativi NSIS necessari per la verifica degli indicatori NSG	on/off	on
2	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	on

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407012701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELO GALLO
Matricola Responsabile	11924
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. STRUTTURE SANITARIE
Codice struttura	R302050101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GELSOMINA LAMBERTI
Matricola Responsabile	1906
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Verifica delle richieste sul rilascio di nuove autorizzazione ai sensi della DGRC 7301/2001 per attività sanitarie e socio-sanitarie	Gestione organizzativa	45	N° richieste riscontrate/N° richieste totali	a fasce	Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60%; < 50% = 0.
2 Coordinamento dei controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Gestione organizzativa	45	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	a fasce	Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0.
3 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404011801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CIRO SATURNO
Matricola Responsabile	14038
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100%; < 90% = 0
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	ON
5	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	≤ 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406012001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CAMILLO CANDURRO
Matricola Responsabile	546
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
5	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 60 - 63
Codice struttura	R302050601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI BRUNO
Matricola Responsabile	427
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamento apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0
2 P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
3 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - P.O. DI SCAFATI
Codice struttura	R401030502
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GUGLIELMO D'ANIELLO
Matricola Responsabile	994
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
3	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
4	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 61 - 62
Codice struttura	R302050602
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANNA METELLO
Matricola Responsabile	2192
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamento apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0
2 P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
3 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403013501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE BOSCO
Matricola Responsabile	10327
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handiscan)	on/off	ON
5	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 64 - 65
Codice struttura	R302050603
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MORENA
Matricola Responsabile	6943
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamento apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0
2	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
3	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 66 - 67 - 68
Codice struttura	R302050604
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARCANGELO SAGGESE TOZZI
Matricola Responsabile	7542
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamento apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0
2 P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
3 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402023201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FERNANDO CHIUMIENTO
Matricola Responsabile	5523
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
3	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
4	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	≤ 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402012501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FERNANDO CHIUMIENTO
Matricola Responsabile	5523
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
5	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 69 - 70
Codice struttura	R302050605
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIANFRANCO MASIELLO
Matricola Responsabile	6786
Totale Peso	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamento apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0
2 P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)	a fasce	Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0
3 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MAURIZIO MANZI
Matricola Responsabile	2072
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100%; < 90% = 0
3	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
4	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	≤ 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. DI OLIVETO
Codice struttura	R405011801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI PANDOLFO
Matricola Responsabile	
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100%; < 90% = 0
3	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
4	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	≤ 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. APPROPRIATEZZA CURE RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI - PROGRAMMAZIONE ED INTEVENTI SULLE FRAGILITA' IN SALUTE MENTALE
Codice struttura	R301080101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNA STORTI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	3118
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Monitoraggio ed appropriatezza degli inserimenti residenziali in strutture socio sanitarie	Salute Mentale	50	Numero di verifiche effettuate / numero di pazienti in trattamento residenziale *100	a fasce	>= 50% = 100%; tra 40% e 50% = 80%; tra 30% e 40% = 60%; < 30% = 0
2	Preparazione dell'avviso per la selezione dei cogestori e pubblicazione dell'avviso per l'implementazione di progetti PTRP con metodologia di finanziamento con Budget di Salute	Salute Mentale	50	Relazione sull'avvenuta pubblicazione della delibera reattiva all'avviso di selezione dei cogestori e alla pubblicazione dell'avviso per l'implementazione di progetti PTRP con metodologia di finanziamento con Budget di Salute	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Codice struttura	R301030200
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE ANGELO IANNUZZI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	12282
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale di NPIA	Salute Mentale	40	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale di NPIA rispetto all'anno pregresso	on/off	On
2	Riduzione dei tempi di attesa per la presa in carico in trattamento ABA sui minori con disturbi dello spettro autistico	Salute Mentale	30	Relazione sull'avvenuta riduzione dei tempi di attesa per la presa in carico in trattamento ABA sui minori con disturbi dello spettro autistico rispetto all'anno pregresso	on/off	On
3	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401013701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CRISTINA DI STEFANO
Matricola Responsabile	1299
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
3	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
4	Mantenimento del peso medio DRG	Gestione organizzativa	15	N. Ricoveri totali / peso totale DRG	a fasce	≥ 3,10 = 100%; tra 2,90 e 3,09 = 80%; tra 2,70 e 2,89 = 60%; < 2,70 = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	15	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	≤ 20,27 = 100%; tra 20,27 e 20,55 = 80%; tra 20,55 e 21,00 = 60%; > 21,00 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 9
Codice struttura	R301020135
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCO CANTORE
Matricola Responsabile	5352
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 10
Codice struttura	R301020140
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO MAUTONE
Matricola Responsabile	12916
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicotico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 1
Codice struttura	R301020101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIULIO CORRIVETTI
Matricola Responsabile	5656
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3Presenza in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4Presenza in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicotico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE PIERRI
Matricola Responsabile	7271
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80%; tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 2
Codice struttura	R301020104
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CARLO PAGANO
Matricola Responsabile	2367
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3Presenza in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4Presenza in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicotico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROBERTO SANSEVERINO
Matricola Responsabile	2861
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80%; tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 3
Codice struttura	R301020108
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALFREDO BISOGNO
Matricola Responsabile	368
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO IULIANO
Matricola Responsabile	12370
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	$\leq 0,18 = 100\%$ $> 0,18$ e $\leq 0,22 = 80\%$ $> 0,22 = 0\%$
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	$\geq 80\% = 100\%$; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; $< 50 = 0$
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30 gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; $< 70 = 0$
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	$\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0$
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	$\leq 25\% = 100\%$; tra 25% e 28% = 80%; tra 28% e 30% = 60%; $> 30\% = 0$
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	$\geq 95\% = 100\%$; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; $< 85 = 0$

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 4
Codice struttura	R301020113
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	BERNARDO GIORDANO
Matricola Responsabile	1714
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 5
Codice struttura	R301020118
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO MAUTONE
Matricola Responsabile	12916
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicotico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELO PINTO
Matricola Responsabile	13520
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC SALUTE MENTALE - UOSM 6
Codice struttura	R301020124
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO MAUTONE
Matricola Responsabile	12916
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicotico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 7
Codice struttura	R301020128
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GERMANO FIORE
Matricola Responsabile	6183
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SALUTE MENTALE - UOSM 8
Codice struttura	R301020132
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO VINCENZO
Matricola Responsabile	14567
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento all'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all'anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. SPDC SALERNO - presso A.O.U. RUGGI
Codice struttura	R301040101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	DAVIDE AMENDOLA
Matricola Responsabile	5072
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	<= 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% superiore a 8,00 = 0%
2	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D SPDC - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R301040301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALFONSO CARMELO PACE
Matricola Responsabile	13250
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	<= 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% superiore a 8,00 = 0%
2	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISIM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D SPDC - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R301040201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA LAURA MIGNONE
Matricola Responsabile	2196
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	<= 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 60% superiore a 8,00 = 0%
2	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI
Codice struttura	R707
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA GIOVANNA DI SEVO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	12121
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO AREA CRITICA
Codice struttura	R708
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FERNANDO CHIUMIENTO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	5523
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E UROLOGIA
Codice struttura	R704
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROBERTO SANSEVERINO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	2861
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE SPECIALISTICHE
Codice struttura	R705
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROBERTO SANSEVERINO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	2861
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE
Codice struttura	R303
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO DE LUNA
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	5831
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Codice struttura	R302
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARCANGELO SAGGESE TOZZI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	7542
Peso Totale	60

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	30	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2	Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	30	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On
3	Aggiornamento dei Manuali Operativi Aziendali per la gestione delle emergenze: a) epidemiche; b) non epidemiche; c) sicurezza alimentare, approvati con delibera ASL n. 297/2021.	Gestione organizzativa	40	Aggiornamento con atto deliberativo dei Manuali Operativi Aziendali per le emergenze, in integrazione con i piani di emergenza comunali e nel rispetto delle linee guida regionali e nazionali.	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Codice struttura	R301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIULIO CORRIVETTI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	5656
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO INTEGRATO DELL'EMERGENZA E DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI
Codice struttura	R304
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FERNANDO CHIUMIENTO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	5523
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DEL GOVERNO CLINICO
Codice struttura	R201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE FERRANTINO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	6143
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE, LUNGODEGENZA, RIABILITAZIONE E DELLE SPECIALITA MEDICHE
Codice struttura	R702
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE GIGLIOTTI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	6323
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2	Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
Codice struttura	R703
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE GIGLIOTTI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	6323
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2	Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
Codice struttura	R706
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE RONSINI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	13808
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	on/off	On
2 Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI DIPARTIMENTI STRUTTURALI
Codice struttura	R103040401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCA MORELLI
Matricola Responsabile	13079
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DS 64 - DS 65 - DS 68
Codice struttura	R103041001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	STEFANO GRAZIANO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	9257
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA PO POLLA, PO OLIVETO CITRA E DS 72
Codice struttura	R103040801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONINO DI DOMENICO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	1217
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. GESTIONE DELL'ACQUISIZIONE DEI BENI E SERVIZI ED ECONOMATO
Codice struttura	R103020401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VANESSA MAZZIOTTI
Matricola Responsabile	6829
Peso Totale	100

Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1 Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2 Attuazione del Piano di investimenti 2025-2027 con rispetto delle norme in materia di Codice Appalti	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Grado di realizzazione del piano investimenti	a fasce	>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0
3 Riduzione, fino all'azzeramento ove possibile, del ricorso all'istituto della proroga contrattuale	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	N. di proroghe contrattuali inferiore al 2024	on/off	On
4 Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
5 Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	>=90% = 100% >=80% - <90% = 80% <80% = 0%
6 PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
7 Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI
Codice struttura	R101030101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ELIANA AMBROSIO
Matricola Responsabile	5070
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Digitalizzazione dei documenti amministrativi	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione attestante la completa digitalizzazione delle proposte di delibera e delle determinazioni dirigenziali mediante l'avvio del protocollo aziendale informatizzato.	on/off	On
2	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
3	Approvazione e supporto normativo per la stipula delle convenzioni con enti pubblici e privati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale	on/off	On
4	Gestione degli atti e delle attività attribuite dalla Direzione nell'ambito del PNRR	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale	on/off	On
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On
7	Gestione dei rapporti con il DPO e le attività connesse al GDPR	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ANALISI E MONITORAGGIO ATTIVITA' SANITARIE PDTA E LEA
Codice struttura	R201021201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	SARA MARINO
Matricola Responsabile	14837
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Monitoraggio indicatori NSG (LEA)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	Relazione sull'avvenuta produzione di report periodici a supporto delle attività di direzione sanitaria	on/off	On
2	Analisi periodiche dei fabbisogni di personale a supporto delle procedure di reclutamento	Gestione organizzativa	20	Relazione sulle avvenute analisi periodiche dei fabbisogni di personale a supporto delle procedure di reclutamento	on/off	On
3	Monitoraggio tagli cesarei	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	Produzione di report ad hoc finalizzato al raggiungimento degli obiettivi NSG H17C e H18C	on/off	On
4	Monitoraggio fratture femore	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Produzione di Report ad hoc finalizzato al raggiungimento degli obiettivi NSG H13 C	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ASSISTENZA ACCREDITATA
Codice struttura	R201020801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ERNESTA MELE
Matricola Responsabile	6844
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Monitoraggio dei tetti di spesa per singolo ambito	Efficienza	50	Percentuale di strutture monitorate	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0
3	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
4	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. COORDINAMENTO SOCIO-SANITARIO
Codice struttura	R201020201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO COPPOLA
Matricola Responsabile	16372
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con riferimento ai LEA socio-sanitari)	Gestione organizzativa	40	Relazione sull'avvenuta programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione	on/off	On
3	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	40	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
4	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC CUP, ALPI e Liste di attesa
Codice struttura	R201021301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	CARMINE MANGINO
Matricola Responsabile	2063
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Adozione Piano ALPI 2025	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuta adozione Piano ALPI 2025	on/off	On
2	Miglioramento della governance dell'attività ALPI con pubblicazione sul sito web delle anagrafiche ALPI	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto miglioramento della governance dell'attività ALPI con pubblicazione sul sito web delle anagrafiche ALPI	on/off	On
3	Definizione ed invio ai macrocentri e uffici periferici ALPI di indicazioni e orientamenti per il miglioramento della governance dell'attività ALPI	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuta definizione ed invio ai macrocentri e uffici periferici ALPI di indicazioni e orientamenti per il miglioramento della governance dell'attività ALPI	on/off	On
4	Definizione di strumenti per garantire omogeneamente l'attività del medico competente in ALPI	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuta definizione di strumenti per garantire omogeneamente l'attività del medico competente in ALPI	on/off	On
5	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
6	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA P.O. SAPRI E DS 71
Codice struttura	R103040701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ALFONSO MANZO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	14776
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi -aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al D.M. 2022	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEA NOCERA - PAGANI - SCAFATI E P.O. SARNO
Codice struttura	R103040101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GAETANO MEMOLI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	6852
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEA VALLO DELLA LUCANIA, AGROPOLI E DS 69 E 70
Codice struttura	R103040601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANDREA GIANNATTASIO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	12012
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DS 60 - DS 61 - DS 62
Codice struttura	R103040901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ROBERTO COLETTA
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	3247
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DS 63 - 66- 67
Codice struttura	R103040301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUCIANA MAZZIOTTI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	6828
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEA OSPEDALI DI EBOLI, BATTIPAGLIA E ROCCADASPIDE
Codice struttura	R103040501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	STEFANO GRAZIANO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	9257
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. GOVERNANCE DEI PROCESSI DI TELEMEDICINA E DI APPLICAZIONE DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE
Codice struttura	R10I030601
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Peso Totale	0

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC INGEGNERIA CLINICA E HT
Codice struttura	R101030301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCA PERRINA
Matricola Responsabile	9383
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Realizzazione del Piano Investimenti 2023-2025 per le acquisizioni di apparecchiature sanitarie biomedicali	Acquisizioni di apparecchiature sanitarie biomedicali	70	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione	a fasce	>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0
3	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Obiettivi Specifici DGRC 322/2022 c. 3c - Flussi Informativi	10	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
4	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Valutazione performance individuale	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA VALUTATIVA, LEGALE E ASSICURATIVA
Codice struttura	R201020101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ADAMO MAIESE
Matricola Responsabile	12659
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Coordinamento tecnico e funzionale delle attività delle Commissioni Invalidi Civili (L. 104/92; L. 68/99)	Gestione organizzativa	30	Percentuale dei controlli effettuati sulle chiamate da parte dell'INPS per il rispetto dei tempi di attesa e della dinamica delle valutazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0%
3	Rispetto dei tempi di attesa per il rilancio delle certificazioni medico-legali (30 gg.)	Gestione organizzativa	30	N. di certificazioni entro i tempi / totale richieste	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0
4	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MONITORAGGIO E CONTROLLO SDO
Codice struttura	R201021501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO D'ANIELLO
Matricola Responsabile	5770
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri	Gestione organizzativa	50	N. controlli superiore all'anno precedente	on/off	On
3	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
4	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PROGRAMMAZIONE, BUDGET. CONTROLLO DI GESTIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
Codice struttura	R101030401
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ETTORE FERULLO
Matricola Responsabile	1515
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Monitoraggio dei costi e ricavi dell'Attività intramoenia. Determinazione dei costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale in ambito di libera professione.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	on/off	On
2	Attuazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione di cui al DCA n. 67/2019, con manutenzione e allineamento del sistema informativo integrato per il controllo direzionale e la reportistica aziendale	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta manutenzione e allineamento del sistema informativo integrato per il controllo direzionale e la reportistica aziendale alla metodologia regionale di cui al DCA67/2019	on/off	On
3	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
4	Coordinamento delle attività e monitoraggio delle progettualità relativa ai fondi extra Aziendali	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	% Progettualità monitorate	a fasce	>= 90% = 100% tra 80% e 90% = 70% <80% = 0%
5	Implementazione dell'applicativo informatico di gestione del ciclo di performance	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Avvio della piattaforma	on/off	On
6	Supporto alla Direzione Strategica per il monitoraggio degli indicatori NSG	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Report con cadenza almeno trimestrale	on/off	On
7	Aggiornamento e allineamento costante della Contabilità Analitica per il monitoraggio del budget economico	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Report trimestrale CO.AN. per macrocentro	on/off	On
8	Programmazione, controllo e monitoraggio prestazioni aggiuntive (c.d. autoconvenzionamento)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Adozione atti di programmazione quadrimestrale	on/off	On
9	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
10	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEMA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RISK MANAGEMENT - SICUREZZA DEI PAZIENTI E RISCHIO CLINICO
Codice struttura	R201020101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ANNA BELLISSIMO
Matricola Responsabile	5196
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Elaborazione PARM 2024 (Piano Annuale Risk Management)	Risk Management	20	Adozione con delibera del DG entro il primo semestre dell'anno	on/off	On
2	Attività del CIO aziendale e dei CIO Presidiali	Risk Management	30	N° di riunioni complessive del CIO Aziendale e dei CIO presidiali	a fasce	>= 18 = 100% tra 15 e 17 = 80% tra 12 e 14 = 60% < 12 = 0%
3	Fotografia del rischio con azioni di miglioramento relativo alle criticità emerse	Risk Management	30	Relazione sulle avvenute azioni di miglioramento alle criticità emerse dalla fotografia del rischio	on/off	On
4	Aggiornamento delle procedure aziendali relative alla sicurezza dei pazienti	Risk Management	20	Adozione con delibera delle procedure aziendali relative alla sicurezza dei pazienti	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA - PO SARNO
Codice struttura	R103040201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI GRIMALDI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	1793
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	20	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	20	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
4	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	20	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2024, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
5	Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
6	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
Codice struttura	R101030201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MILENA COSCIONI
Matricola Responsabile	5661
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	Formazione	40	Relazione sull'avvenuto aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	on/off	On
3	Promozione della formazione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente mediante utilizzo di strumenti innovativi per la maggiore efficacia dell'apprendimento (piattaforme di e-learning) e la garanzia dei livelli formativi previsti dalla circolare Zangrillo	Formazione	35	Relazione sull'avvnta promozione della formazione e aggiornamento professionale del personale dipendente mediante utilizzo di strumenti innovativi per la maggiore efficacia dell'apprendimento (piattaforme di e-learning) e la garanzia dei livelli formativi previsti dalla circolare Zangrillo	on/off	On
4	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. GESTIONE DEGLI AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
Codice struttura	R103020201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	EMMA TORTORA
Matricola Responsabile	7821
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Accordi Asl Creditori per la risoluzione del contenzioso. Sottoscrizione accordi	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	n° di accordi sottoscritti nel 2025 maggiore di quelli sottoscritti nel 2024	on/off	On
3	Contenimento dei costi legali per gli incarichi esterni con riduzione del n° cause con incarichi esterni	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di incarichi esterni assegnati nel 2025 inferiore a quelli assegnati nel 2024	on/off	On
4	Contenimento del contenzioso in fase esecutiva attraverso l'aumento delle prese d'atto e delle determine per la definizione stragiudiziale dei contenziosi esecutivi	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	n° determine per atti stragiudiziali del 2025 superiore a quelle dell'anno 2024	on/off	On
5	Gestione LegalApp con aggiornamento dei contenziosi e particolare attenzione alla valutazione del rischio di soccombenza dei contenziosi già iscritti	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione trimestrale in coincidenza del monitoraggio del CE	on/off	On
6	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
7	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA, BILANCIO E CONTABILITÀ
Codice struttura	R103020701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA ANNA FIOCCO
Matricola Responsabile	1533
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Tempestiva predisposizione degli atti propedeutici al bilancio preventivo e consuntivo	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione degli atti propedeutici al bilancio preventivo e consuntivo entro i termini necessitati	on/off	On
2	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito con revisione della debitoria pregressa attraverso accordi finalizzati alla risoluzione del contenzioso con il supporto AA.LL.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuta circularizzazione dei rapporti di credito e debito con revisione della debitoria pregressa attraverso accordi finalizzati alla risoluzione del contenzioso con il supporto AA.LL.	on/off	On
3	Monitoraggio finalizzato alla attuazione della Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali per la risoluzione dei ritardi di pagamento ai fornitori	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione sull'avvenuto monitoraggio finalizzato alla attuazione della Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, con risoluzione dei ritardi di pagamento ai fornitori	on/off	On
4	Monitoraggio indicatore dei tempi di pagamento	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazioni trimestrali ai macrocentri e alla Direzione Strategica circa i tempi di pagamento	on/off	On
5	Corretta contabilità dei progetti finanziati da terzi e dei finanziamenti delle singole progettualità e rilascio codici identificativi WBS	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	% Progettualità verificate	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 70% < 80% = 0%
6	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
7	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	a fasce	On
8	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On
9	Completamento degli obiettivi previsti dal DGRC 607/2024 relativa all'approvazione bilancio consuntivo 2023 ASL Salerno	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Relazione semestrale come stabilito dalla DGRC 607/2024	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO

ASL SALERNO Via Nizza 146 - 84124 SALERNO SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
Codice struttura	R103020301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MARIAVINCENZINA ZITO
Matricola Responsabile	9985
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Reclutamento personale. Avvio 100% dei reclutamenti autorizzati, secondo il Piano triennale adottato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	N. procedure avviate (pubblicazione bando) / N. reclutamenti previsti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0
2	Flusso informativo regionale sul Personale. Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico e nelle Linee guida per la compilazione del Conto Annuale di cui all'Allegato 1 e all'Allegato 2 del DCA 53/2019	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di alimentazione del flusso informativo per il monitoraggio della spesa del SSR su piattaforma Sinfonia nei tempi previsti	a fasce	100% = 100%; tra 80% e 100% = 80%; tra 70% e 80% = 60%; < 70% = 0%
3	Flusso informativo regionale sul Personale Convenzionato. Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale convenzionato secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico di cui all'Allegato 1 del DCA - 55/2019	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di alimentazione del flusso informativo per il monitoraggio della spesa del SSR su piattaforma Sinfonia nei tempi previsti	a fasce	100% = 100%; tra 80% e 100% = 80%; tra 70% e 80% = 60%; < 70% = 0%
4	Certificazione del Conto annuale nel rispetto della scadenza indicata nella Circolare MEF	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	conseguimento della certificazione MEF	on/off	On
5	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
6	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On
7	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)
Codice struttura	R101030901
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ADAMO MAIESE
Matricola responsabile	12659
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Rielaborazione delle indagini di customer satisfaction, con realizzazione di almeno n.1 indagini annuali e corretta interazione con gli stakeholder	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	35	Relazione sull'avvenuta rielaborazione delle indagini di customer satisfaction, con realizzazione di almeno n.1 indagini annuali e corretta interazione con gli stakeholder	on/off	On
3	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi -aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	25	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
4	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	25	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SERVIZIO DELLE ATTIVITÀ TECNICHE E PATRIMONIALI
Codice struttura	R103020501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MAURIZIO PILERCI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	13517
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Ricognizione del patrimonio aziendale sul piano giuridico ed economico	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione sull'avvenuta ricognizione del patrimonio aziendale sul piano giuridico ed economico	on/off	On
2	Realizzazione del Piano degli Investimenti 2025-2027 e del Piano dei Lavori al fine di: a) ammodernamento e ripristino delle strutture; b) adeguamento alle normative antincendio; c) efficientamento energetico	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione	a fasce	≥ 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0
3	Realizzazione delle azioni programmate nell'ambito del PNNR, secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	20	Relazione sull'avvenuta realizzazione delle azioni programmate nell'ambito del PNNR, secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022	on/off	On
4	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE – COORDINAMENTO MEDICI COMPETENTI
Codice struttura	R101030701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ARISTIDE TORTORA
Matricola Responsabile	3189
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi seondo le vigenti norme e gli indirizzi del datore di lavoro	Prevenzione	50	Relazione sull'avvenuto aggiornamento del DVR	on/off	On
3	Corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori	Formazione	10	Relazione sull'avvenuta erogazione di almeno un corso di formazione sulla sicurezza	on/off	On
4	Coordinamento dei medici competenti e protocolli di sorveglianza sanitaria	Gestione organizzativa	20	Almeno 1 incontro semestrale di coordinamento con i Macrocentri ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	on/off	On
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SERVIZIO INFORMATIVO AZIENDALE E TRANSIZIONE DIGITALE
Codice struttura	R101030501
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	VITO ANTONIO GIANNI
Matricola Responsabile	1702
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Avvio delle azioni programmate secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione sull'avanzamento dei lavori e delle acquisizioni progettate in ambito PNRR inerenti il networking e la migrazione verso PSN (cloud)	on/off	On
2	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
3	Amministrazione digitale. Incremento delle aree di utilizzo dei sistemi operativi di gestione digitalizzata	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione sul grado di avanzamento dei sistemi	on/off	On
4	Amministrazione digitale per l'utenza. Incremento dei sistemi on line di servizio ai cittadini	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione attestante l'incremento del numero dei servizi on line rispetto all' anno 2024	on/off	On
5	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico). Supporto alla digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	% di operatori sanitari addetti abilitati alla firma digitale rispetto al totale degli operatori sanitari addetti	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 80% < 80% = 0%
6	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
7	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	a fasce	On

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. SERVIZIO ISPETTIVO, NOC E INTERNAL AUDIT
Codice struttura	R101031001
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPINA CIRANNA
Matricola Responsabile	5566
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale, dalla Direzione Strategica, nonché su iniziativa diretta come da regolamento del Servizio approvato con delibera n. 188 del 5/03/2019	Gestione organizzativa	70	Percentuale dei controlli effettuati sul totale dei controlli richiesti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; tra 40 e 60 = 60%; < 40 = 0
3	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Gestione organizzativa	20	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SVILUPPO STRATEGICO, INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E COMUNICAZIONE
Codice struttura	R101030801
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCO COLAVITA
Matricola Responsabile	7221
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Garanzia delle attività giuridico amministrative a supporto della Direzione Strategica e degli Organi ed Organismi aziendali	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	25	Relazione sull'avvenuta garanzia delle attività giuridico amministrative a supporto della Direzione Strategica e degli Organi ed Organismi aziendali	on/off	On
2	Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Percentuale di sfioramento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
3	Monitoraggio e diffusione dell'informazione riguardante l'A.S.L. Salerno : rassegne stampa cartacee, radiofoniche, televisive, canali social e analisi dei lanci delle agenzie di stampa	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione sull'avvenuto monitoraggio e diffusione dell'informazione riguardante l'A.S.L. Salerno : rassegne stampa cartacee, radiofoniche, televisive, canali social e analisi dei lanci delle agenzie di stampa	on/off	On
4	Aggiornamento annuale del Piano di Comunicazione e del Piano di Identità visiva	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Relazione sull'avvenuta predisposizione dell'aggiornamento annuale del Piano di Comunicazione e del Piano di Identità visiva	on/off	On
5	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____