# ASL CASERTA

# PIAO

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027



Sommario

Executive summary....7
1. Anagrafica dell'amministrazione....10
1.1 Analisi Ambientale....10
1.2 Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione....13
1.3 L'organizzazione....19
1.4 Assistenza Distrettuale....22
1.5 La Rete dell'emergenza....23
1.6 L'Assistenza Ospedaliera....26
1.7 Assistenza Specialistica....30
1.8 I dati economici....34
2. Valore pubblico....36
2.1 Valore Pubblico: definizione....36
2.2 Scenario economico-sociale....37
2.3 Principali Obiettivi di Valore Pubblico attesi....39
2.4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) -Componente 1....40
2.5 Accessibilità, reingegnerizzazione dei processi e digitalizzazione....48
2.5.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Transizione Digitale dell'ASL Caserta....48
2.5.2 Digitalizzazione dei Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo" Data Analitics e Controllo di Gestione"....49
2.5.3 Potenziamento dei SI a supporto dei processi di pianificazione e Controllo-Budget....61
2.5.4 Attività relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico....63
2.5.5. Nuove implementazioni per la digitalizzazione e la messa in sicurezza degli apparati.( Cybersecurity e Connettività Wi-Fi) per i pazienti nei PP.OO. ....67
2.5.6 Digitalizzazione Workflow diagnostico del Serv. di Anatomia Patologica e per la digitalizzazione e refertazione on-line dei vetrini – Digital Patology....67
2.5.7 Digitalizzazione del workflow diagnostico del Servizio di Endoscopia Digestiva....68
2.5.8. Migrazione a Polo Strategico Nazionale....69
2.5.9 Portale cittadino con accesso CIE SPID per consultazione dossier sanitario....70
2.5.10 Piattaforma Interlego per l'integrazione tra Ospedale, Territorio e Medicina di Base....73
2.5.11. Piattaforma di Digital Signage....74
2.5.12 Aggiornamento in Real-time Stato del Paziente in Pronto Soccorso....75
2.5.13. Sanità Connessa 2.0....75
2.5.14 Aggiornamento e Restyling Sito Aziendale....75
3. Il Piano della Performance....94
3.1 Il Sistema di misurazione e valutazione nell'ASL Caserta....94
3.2 Assegnazione schede di valutazione organizzativa ed individuale....101

3.3 Requisiti degli indicatori e Obiettivi ..... 109
3.3.1 Catalogo Obiettivi area Distrettuale ..... 110
3.3.2 Catalogo Obiettivi Area del Dipartimento di Prevenzione ..... 111
3.3.3 Catalogo Obiettivi Area Farmaceutica ..... 112
3.3.4 Catalogo Obiettivi Area Ospedaliera ..... 113
3.3.5 Catalogo Obiettivi Area Dip. Salute Mentale ..... 115
3.3.6 Catalogo Obiettivi Area Dip. Patologiche ..... 115
3.3.7 Catalogo Obiettivi Area Sanità penitenziaria ..... 116
3.3.8 Catalogo Obiettivi Area Amministrativa ..... 117
3.3.9 Altri obiettivi trasversali ..... 120
3.3.10 Incremento Attività Specialistica (Obiettivi DGRC 420/ 2024)-Obiettivi di produzione 2025 ..... 120
3.3.11 Obiettivo incremento Erogazione Farmaci in Dimissione da Ricovero ( 80%) ..... 130
3.3.12 133
Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione ..... 133
3.3.13 Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza ..... 139
3.3.14 Schede Obiettivi Privacy (1-7) ..... 140
3.4 Obiettivi LEA. Sistema di garanzia ..... 140
3.5 ..... 143
Ulteriori obiettivi Area dell'Assistenza Ospedaliera ..... 143
4 Rischi Corruttivi e Trasparenza – Piano Triennale Prevenzione della Corruzione ..... 145
4.1 Analisi del contesto ..... 149
4.1.1. Contesto esterno Azienda Sanitaria Locale Caserta ..... 150
4.1.2 La gestione del rischio ..... 162
4.2 Whistleblowing ..... 177
4.3 Controllo e rendicontazione misure PNRR ..... 200
4.3.1 Obblighi di pubblicazione e trasparenza dei contratti pubblici – PNRR ..... 203
4.4 Procedure di gara nell'ASL Caserta e gli indicatori di monitoraggio ..... 204
4.4.1 Procedure di Gara per la fornitura di farmaci e presidi con gare aziendali (non So.Re.Sa.) ..... 204
4.4.2 Affidamenti servizi esternalizzati ..... 205
4.4.3 Procedure di acquisto di materiale economale ..... 205
4.4.4 Procedure di acquisto di materiale Hardware, Software e licenze d'uso ..... 206
4.4.5 Procedure di gara area Tecnologie Sanitarie ..... 206
4.4.6 Procedure di gara area tecnico manutentiva ..... 206
4.5 Patto d'integrità ..... 210
4.6 Indicatori di Monitoraggio ..... 215
4.7 Aree di Rischio -Reclutamento del personale Incarichi e nomine ..... 217
4.7.1 Incarichi dirigenziali di struttura complessa ..... 218

4.7.2 Incarichi a Direttore di Dipartimento ..... 219
4.7.3 Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero ..... 220
4.7.4 Incarichi di Direzione di struttura semplice ..... 220
4.7.5 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza ..... 221
4.7.6 Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992 ..... 221
4.7.7 Incarichi extra-istituzionali ..... 222
4.8 Aree di rischio specifico in Sanità - Attività Libero Professionale ALPI e Liste di Attesa ..... 223
4.8.1 Liste d'attesa ..... 224
4.9 Controlli nelle strutture accreditate ..... 226
4.10 Attività di vigilanza, controlli, ispezioni nell'area del Dipartimento di Prevenzione ..... 228
4.10.1 Misure per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria ..... 229
4.11 Assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedalieri ..... 230
4.11.1 U.O. Cure Primarie e Governo delle Cronicità ..... 230
4.11.2 U.O. Assistenza Riabilitativa ..... 230
4.11.3 Ambulatori di Medicina Legale ..... 231
4.11.4 Certificazioni Medico Legali Ospedaliere- i Referti dei PS dei Presidi Ospedalieri della ASL di Caserta 232
4.12 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio ..... 235
4.12.1 Procedura Gestione Cespiti ..... 236
4.13 I PTRI le UVI ed i Cogestori ..... 237
4.14 Spesa farmaceutica convenzionata ed interna ..... 240
4.15 Ulteriori misure di controllo sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, sul rispetto delle liste di attesa e sui tetti di spesa dei centri accreditati ..... 242
4.16 La Normativa Antiriciclaggio e l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Analisi e adempimenti relativi ..... 242
4.16.1 La normativa ..... 243
4.16.2 L'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (U.I.F.) ..... 244
4.16.3 Indicatori di anomalia ..... 245
4.16.4 Programmazione misure Antiriciclaggio ..... 246
5.Sottosezione di programmazione-Trasparenza e accessibilità ..... 249
5.1 Obiettivi strategici ..... 250
5.2 Soggetti responsabili del monitoraggio sulla trasparenza ..... 250
5.3 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati ..... 251
5.4 Dati da pubblicare ..... 252
5.5 Indicazioni per la trasparenza delle misure del PNRR -Sezione attuazione misure PNRR ..... 273
5.6 Procedura per la pubblicazione dei dati ..... 273
5.7 Aggiornamento sullo stato di attuazione ..... 275
5.8 Comprensibilità dei dati ..... 275
5.9 Controllo e monitoraggio ..... 276

5.10 Standard di pubblicazione-Accorgimenti utili per la redazione dei documenti oggetto di pubblicazione276
5.11 Rimozione dei dati ..... 277
5.12 Accesso civico ..... 278
5.13 Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti ..... 278
5.14 Norme generali sui concorsi ..... 279
5.15 Pubblicazione delle Banche Dati ..... 280
5.16 Ristrutturazione sezione Bandi di Gara e Contratti ..... 281
5.17 Trasparenza: aggiornamento sito istituzionale ..... 282
6 La Gestione della Privacy all'interno dell'ASL di Caserta ..... 300
7 Organizzazione e capitale umano ..... 304
7.1 Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa ..... 304
7.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile ..... 306
7.2.1 Atti di Indirizzo dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ..... 309
7.2.2 Destinatari ..... 309
7.2.3 Condizioni per lo svolgimento del lavoro agile ..... 310
7.2.4 Accordo Individuale ..... 310
7.2.5 Comunicazione obbligatoria dell'accordo individuale al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali 313
7.2.6 Stato di Attuazione ..... 313
7.2.7 Attività da realizzare ..... 314
7.2.8 Tecnologia Digitale ..... 315
7.2.9 Conclusioni ..... 316
8 Sottosezione di programmazione. Pari opportunità e bilancio di genere - ..... 317
8.1 Finalità del bilancio di genere ..... 318
8.2 Dimensione delle pari opportunità ..... 318
8.3 Violenza di genere ..... 320
9 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale ..... 323
9.1 Procedure concorsuali dal 2022 al 2024 ..... 325
9.2 Variazioni organico negli anni 2022-2023-2024 ..... 332
9.3 Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2023-2025 ..... 341
9.3.1 Piano dei Fabbisogni 2023-2025 ..... 343
10 Sottosezione di programmazione - Formazione del Personale ..... 344
11. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (art. 2, comma 594, lettera a), legge 244/2007 ..... 349
12 Monitoraggio ..... 354
12.1 Aree di competenza, monitoraggio ..... 354
12.2 Monitoraggio misure anticorruzione e indicatori di monitoraggio ..... 356

12.3 Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso) .....364
12.4 Monitoraggio misure trasparenza e indicatori di monitoraggio .....365
12.5 Monitoraggio attuazioni norme della Privacy .....366
Allegato 1: Elenco obblighi di pubblicazione sezione Amministrazione Trasparente .....367
Allegato 2: Elenco obblighi di pubblicazione sottosezione "Bandi di gara e contratti" da applicare ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° gennaio 2024.....367
Allegato 3: Schede mappatura dei rischi .....367

## Executive summary

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, quale nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni è stato introdotto dal Decreto-legge 9 giugno 2021, n.80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n 113 viene redatto ai sensi del D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022 pubblicato in Gazzetta Ufficiale N.151 del 30 giugno 2022 e del D.P.C.M. – Funzione Pubblica 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato in Gazzetta Ufficiale N.209 del 7 settembre 2022. Il Piano Integrato è il documento unico di programmazione che integra la governance dell'Azienda: performance, fabbisogni del personale, formazione, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione, trasparenza. Con il PIAO si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi aspetti di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva re-ingegnerizzazione dei processi, nel rispetto del D.Lgs.150/2009 e della L.190/2012.

Il **PIAO** ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente; definisce:

- azioni per lo sviluppo della missione istituzionale di Tutela della Salute attraverso la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini;
- obiettivi programmatici e strategici della performance;
- strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- strumenti e obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- azioni positive per promuovere la parità di genere, la non discriminazione e il benessere lavorativo.
- promozione della sostenibilità e risparmio energetico delle strutture aziendali;
- ottimizzazione delle dotazioni strumentali;
- governo delle liste di attesa.

Il **PIAO** ai sensi del D.P.R. 81 del 30 giugno 2022 sostituisce i seguenti piani di competenza dell'ASL:

- Il *Piano della Performance (PdP-art. 10, commi 1, lettera a, e 1-ter, d.lgs. 150/2009)*, poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- Il *P.O.L.A.* (*art.14, comma 1, della legge 124/2015*) e il *Piano della formazione*, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- Il *Piano triennale del fabbisogno del personale (PFP-art. 6, commi 1, 4 e 6 d.lgs. 165/2001*), poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Il *Piano dell'anticorruzione ed il Programma per la trasparenza*, così da raggiungere la piena trasparenza, nelle attività di organizzazione.

- Piani di azioni positive (*art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006*) - Bilancio di Genere
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (*art. 2, comma 594, lettera a legge 244/2007*).

Il Consiglio di Stato nel Suo parere del 2.3.2022 sottolinea che il PIAO "*nella ratio dell' art.6 , sembra dover costituire uno strumento unitario, "integrato" (lo rende esplicito la definizione stessa), che sostituisce i piani del passato e li "metabolizza" in uno strumento nuovo e omnicomprensivo, crosscutting, che consenta un'analisi a 360 gradi dell'amministrazione e di tutti i suoi obiettivi da pianificare"*

Il presente documento è redatto in coerenza con:

- ♣ la programmazione economico-finanziaria nazionale, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- ♣ gli interventi declinati nella Missione 6 che prevede la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale finalizzata alla creazione e al potenziamento delle strutture di prossimità ed in particolare la componente M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate;
- ♣ gli obiettivi assegnati al Direttore Generale
- ♣ il Piano Formativo Aziendale (PFA) adottato annualmente:
- ♣ il fabbisogno assunzionale 2024/2026 elaborato sulla scorta delle previsioni delle cessazioni nel triennio, tenendo conto dell'implementazione di alcune attività assistenziali, nonché alla luce delle attività legate al PNRR;
- ♣ il Bilancio Economico di Previsione anno 205 (Deliberazione aziendale n. 2077 del 10.12.2024 );
- ♣ il Programma di Investimenti Aziendale per il triennio 2025-2027.

Il PIAO viene organizzato in varie sezioni:

- **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, compilata con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;

- **Valore pubblico** dove sono definiti**:**
  - I risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici;
  - 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;
  - L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare;
  - Gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come incremento del benessere economico, sociale, assistenziale ed ambientale a favore del cittadino.

- **Performance**
  - Obiettivi di Performance aziendali;
  - Obiettivi di semplificazione;
  - Obiettivi di digitalizzazione;
  - Obiettivi per realizzare la piena accessibilità;
  - Obiettivi per favorire la pari opportunità e l'equilibrio di genere.

- **Rischi corruttivi e trasparenza** elaborata dal RPCT con:
  - La valutazione dell'impatto del contesto esterno;
  - La valutazione di impatto del contesto interno;
  - La mappatura dei processi, per individuare le criticità;
  - L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
  - La progettazione delle misure organizzative per il trattamento del rischio;
  - Il monitoraggio sull'attuazione delle misure;

- La programmazione dell'attuazione della trasparenza e l'accesso civico.

- **Sezione Organizzazione e Capitale Umano** con
  - *Struttura organizzativa,* in cui vengono presentati: l'organigramma aziendale, i livelli di responsabilità organizzativa e l'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio;
  - *Organizzazione del Lavoro Agile;*
  - *Piano triennale dei fabbisogni di personal*e;
  - *Bilancio di Genere* (Piani di azioni positive -*art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006*)
  - *Formazione del personale*.

- **Monitoraggio**, dove vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.




*Fig.1: Sezioni PIAO*

# 1. Anagrafica dell'amministrazione

## *1.1 Analisi Ambientale*

L'ASL di Caserta si estende su una superficie di 2.651,16, situata nella porzione nord-occidentale della Campania, con una morfologia prevalentemente collinare e pianeggiante e un'economia sostenuta principalmente dal terziario, seguito dai settori secondario e primario.

Il territorio è occupato per la maggior parte da ampie aree pianeggianti di origine prevalentemente alluvionale (medio e basso bacino del fiume Volturno e valle sinistra del fiume Garigliano), alternate a rilievi subappenninici di natura calcarea (monte Massico, Monte Maggiore, monte Tifata) e vulcanica (complesso di Roccamonfina); le quote si elevano sensibilmente lungo il confine con il Molise, segnato per intero dal versante occidentale del massiccio calcareo del Matese, che nel Casertano raggiunge la massima elevazione con il monte la Gallinola (1.923 m). Numerosi corsi d'acqua solcano il territorio provinciale: oltre al fiume Volturno e al Garigliano, che segna buona parte del confine provinciale con il Lazio, si ricordano i Regi Lagni, l'Agnena, il Savone e il Lete; sviluppata è anche la rete idrografica sotterranea, soprattutto nel massiccio del Matese, sede di accentuati fenomeni carsici; non mancano inoltre bacini lacustri naturali e artificiali (laghi del Matese, di Carinola, di Letino, di Gallo).

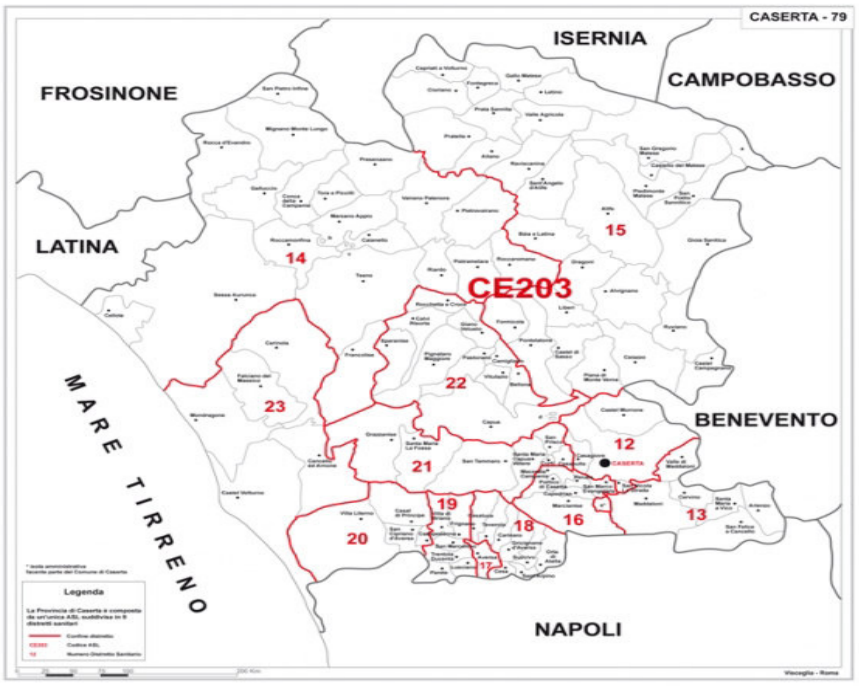



*Fig.2 – ASL Caserta-Territorio*

La densità demografica è di 341,93 ab/km2, ma non è omogeneamente distribuita, per cui è possibile individuare tre distinte macroaree:

**la prima**, ad alta densità di popolazione, con una media di 1.990 ab/kmq, a ridosso della provincia di Napoli, comprendente 21 comuni dove risiede il 34% circa della popolazione provinciale; (distretti sanitari (Dis) 17_19,18 e 16)

**la seconda**, prevalentemente rurale o poco urbanizzata, con una media di 136 ab/kmq, estesa dalla zona costiera all'area subappenninica, comprendente 62 comuni, ove risiede il 30% della popolazione;(Dis 12,13,20 e 21)

**la terza**, a medio-alta urbanizzazione, comprendente la città di Caserta ed i territori limitrofi, ove risiede il restante 36% della popolazione, con una media di 761 ab/kmq comprendente 21 comuni.(Dis 14,15,22 e 23)

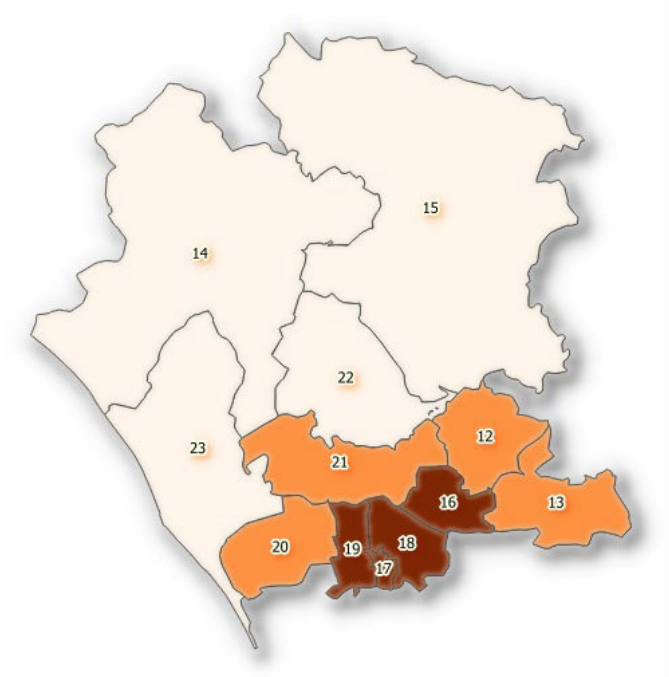



*Fig.3: Densità demografica*

La popolazione (circa 906.522 abitanti al 1 Genn 2024-dati istat) , con un indice di vecchiaia inferiore alla media, si distribuisce in 104 comuni e si concentra nelle aree di pianura e di collina.
Come per la densità abitativa, anche per l'indice di vecchiaia (over 65 rispetto ai giovani 0-14 anni ogni 100 abitanti) possiamo individuare 3 zone:
**la prima**, situata a nord della provincia, ha l'indice di vecchia medio più alto, 181, e conta 51 comuni;(Dis 14 e 15)
**la seconda**, è la zona confinante con la provincia di Napoli, che ha la popolazione più giovane, conta 24 comuni e ha un indice medio di 81; (Dis 20,17_19,18 e 16)
**la terza**, è la zona intermedia con un indice di vecchia medio pari a 120 e comprende 29 comuni.(Dis 13,21,22 e 23)

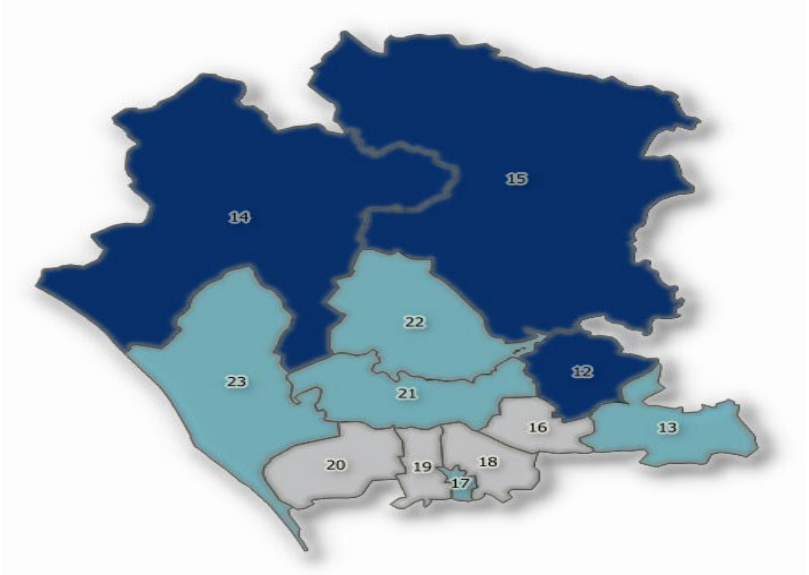



*Fig. 4: Indice di vecchiaia*

**Il contesto demografico** evidenzia una continua progressione di invecchiamento e nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone anziane è destinato ad accrescersi così come aumenterà il bisogno di servizi sociosanitari, legato alla crescita complessiva delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose.

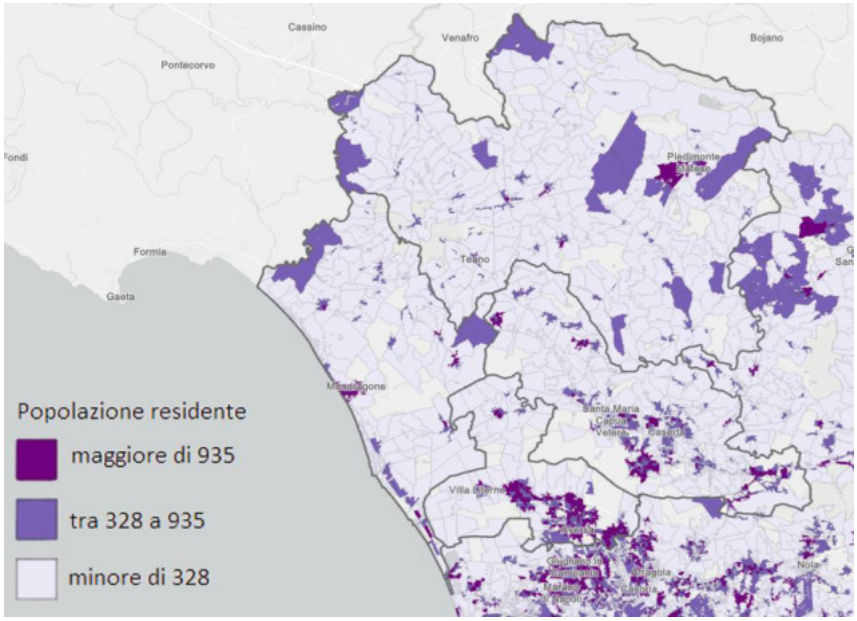



*Fig.5: Situazione demografica (Mappa delle celle censuarie che consente di individuare le zone maggiormente popolate e le zone scarsamente popolate).*

Il quotidiano Sole 24 ore nella sua trentacinquesima edizione della Qualità della Vita (risultati pubblicati nelle pagine del quotidiano del 16 Dicembre 2024) fotografa il benessere delle provincie italiane con 90 indicatori.

La classifica è una media calcolata su 90 indicatori proveniente da fonti certificate (Istat, Banca d'Italia, Istituto Tagliacarne, Infocamere e molti altri), elaborati su base provinciale e rapportati alla popolazione residente, divisi in sei categorie: ricchezza e consumi; affari e lavoro; ambiente e servizi; demografia, salute e società; giustizia e sicurezza; cultura e tempo libero. L'obiettivo è rappresentare un concetto multifattoriale come quello della Qualità della vita indagandone i vari aspetti. Dei 90 indicatori fanno parte anche dieci indici sintetici che nel corso dell'anno sono stati pubblicati sul Sole 24 Ore: l'Indice del Clima, i tre Indici Generazionali (Qualità della vita di Anziani, Giovani, Bambini); l'Indice di Sportività, l'Indice della Criminalità; Ecosistema Urbano; l'Indice di Fragilità del Territorio; Icity Rank e l'Indice della Qualità della vita delle donne.

La classifica finale, complessiva di tutti gli indicatori, vede la provincia di Caserta al 101^ posto (su 107) con 461,33 punti in discesa di 3 posti rispetto al 2023.

In dettaglio le varie posizioni:

107° in classifica per “Speranza di vita alla nascita”
97° in classifica per “qualità della vita per bambini”
57° in classifica per “qualità della vita per giovani “
98° in classifica per “qualità della vita per anziani”
104°in classifica per “qualità della vita delle donne” in discesa di 2 posizioni rispetto al 2023
105° in classifica per “ambiente e servizi”
71° in classifica per “Demografia e società” in calo di 15 posizioni rispetto al 2023

Nelle tabelle che seguono, si espongono i principali fattori che si ritengono significativi per rappresentare il contesto ambientale del territorio dell’ASL Caserta.

| Territorio | Uomini | Donne | Totale |
|---|---|---|---|

| | Speranza di vita alla nascita | Speranza di vita a 65 anni | Speranza di vita alla nascita | Speranza di vita a 65 anni | Speranza di vita alla nascita | Speranza di vita a 65 anni |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Italia | 80,5 | 18,9 | 84,8 | 21,9 | 82,6 | 20,4 |
| Campania | 78,8 | 17,8 | 83,1 | 20,6 | 80,9 | 19,2 |
| *Caserta* | *78,6* | *17,7* | *83,1* | *20,6* | *80,8* | *19,2* |

*Tabella 1: Speranza di vita. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022*

| Territorio | Popolazione 0-14 anni | | Popolazione 15-64 anni | | Popolazione >65 anni | | Popolazione |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Numero | % | Numero | % | Numero | % | Totale |
| Italia | 7.474.041 | 12,7% | 37.370.205 | 63,5% | 14.006.471 | 23,8% | 58.850.717 |
| Campania | 782.905 | 14,0% | 3.679.651 | 65,8% | 1.129.619 | 20,2% | 5.592.175 |
| *Caserta* | *130.127* | *14,4%* | *604.551* | *66,9%* | *168.985* | *18,7%* | *903.663* |

*Tabella 2: Distribuzione popolazione per fascia d'età. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022*

| Territorio | Indice di dipendenza strutturale (%) | Indice di dipendenza degli anziani (%) | Indice di vecchiaia (%) | Età media della popolazione |
|---|---|---|---|---|
| Italia | 58% | 38% | 188% | 46,2 |
| Campania | 52% | 31% | 144% | 43,6 |
| *Caserta* | *50%* | *28%* | *130%* | *42,8* |

*Tabella 3: Indici di dipendenza. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022*

| Territorio | Tasso di natalità | Tasso di mortalità | Crescita naturale | Saldo migratorio totale | Tasso di crescita totale |
|---|---|---|---|---|---|
| Italia | 6,7% | 12,1% | -5,4% | 2,4% | -3,0% |
| Campania | 7,9% | 10,9% | -3,0% | -2,7% | -5,7% |
| *Caserta* | *8,3%* | *10,1%* | *-1,8%* | *30,0%* | *-1,5%* |

*Tabella 4: Tassi demografici per 1.000 abitanti. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022*

Con riferimento alla **speranza di vita sia alla nascita** sia a 65 anni (tab.1), è possibile verificare come il Sud Italia presenti dati negativi rispetto a quelli delle altre aree del Paese. Il dato relativo alla regione Campania risulta essere inferiore anche rispetto al dato del Sud, mentre le provincie presentano valori omogenei tra loro, con dati leggermente positivi per le sole provincie di Avellino, Benevento e Salerno.

Per la **distribuzione anagrafica della popolazione** (tab.2-3), è possibile notare come il Sud presenti un dato relativo alla popolazione ricompresa nelle fasce 0-14 anni e 15-64 anni maggiore rispetto al resto del Paese, e della media nazionale stessa; ne segue che il Sud presenta un dato relativo all'età media della popolazione (45 anni) più basso rispetto alla media nazionale (46,2 anni). Con riferimento alla regione Campania, essa presenta una popolazione più giovane (43,6) persino rispetto al dato del Sud stesso; tale dato è influenzato positivamente dall'età media presente nelle provincie di Napoli e Caserta (entrambe 42,8 anni) e negativamente da Avellino (46,1 anni), Benevento (46,4 anni) e Salerno (45,0 anni).

### *1.2 Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione*

L'analisi sulla banca dati del consumo farmaci, e più in dettaglio della prevalenza d'uso di farmaci per il trattamento delle patologie croniche, evidenzia le seguenti patologie prevalenti:

- Patologie Cardiovascolari: 24,1%;

- Patologie Diabetica: 5,4%;
- Patologie Respiratorie: 5,9%;
- Patologie Oncologiche: 0,6%;
- Patologie Neuropsichiatriche: 6,0%;
- Patologie Reumatologiche: 10,6%;

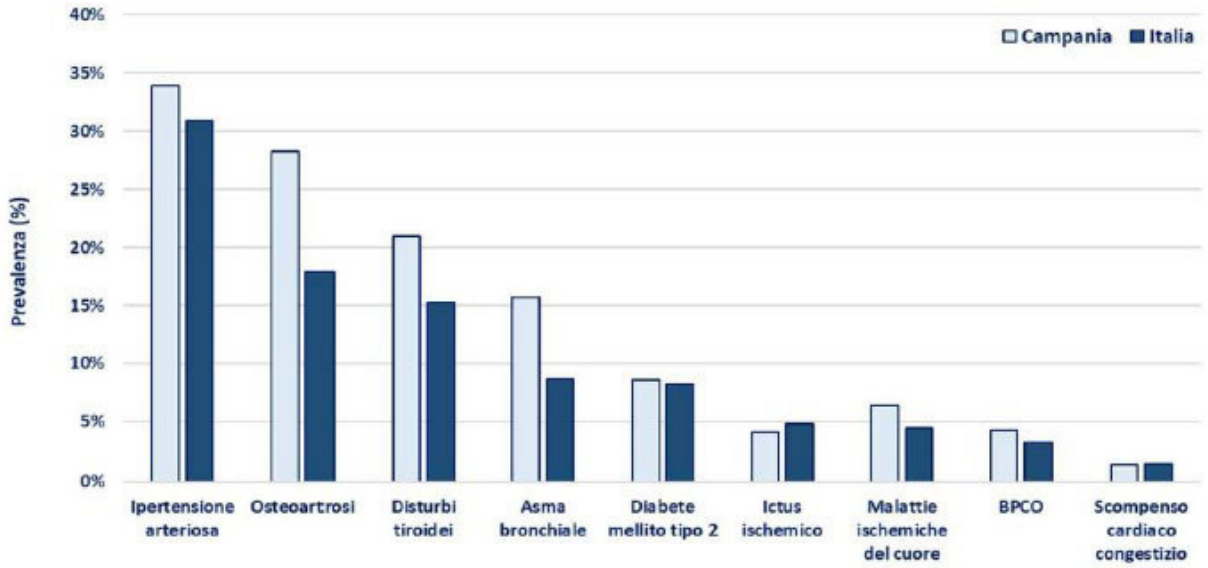



*Fig.6 Prevalenza delle principali patologie croniche – Confronto Campania/Italia*

| Patologia | Pazienti Senza patologie associate | | Pazienti con una condizione patologica associata | | Pazienti con due condizioni patologiche associate | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Numero | % | Numero | % | Numero | % |
| Cardiovascolare | 91.111 | 41,9% | 75.404 | 34,7% | 35.664 | 16,4% |
| Neurologica | 16.140 | 28,1% | 18.074 | 31,4% | 13.758 | 23,9% |
| Respiratorie | 25.935 | 49,7% | 10.670 | 20,5% | 8.824 | 16,9% |
| Diabetica | 3.420 | 6,7% | 15.094 | 29,65% | 17.211 | 33,8% |
| Oncologica | 1.231 | 23% | 1.682 | 31,4% | 1.328 | 24,8% |

*Tab. 5: Prevalenza patologie croniche*

Un'analisi più recente effettuata con l'incrocio di varie banche dati relative all'intero anno 2023 evidenzia :

| PATOLOGIA | N TRATTATI | PERC SU POP. TOT |
|---|---|---|
| CARDIOVASCOLARE | 296.374 | 32,69% |
| RESPIRATORIO | 188.427 | 20,79% |
| DIABETE | 69.107 | 7,62% |
| NEUROLOGIA | 28.089 | 3,10% |

*Tab.6 Analisi epidemiologica su una popolazione di 906.522 utenti.*

Tale analisi viene ulteriormente confermata dal report degli indicatori del Sistema Tessera Sanitaria relativo al periodo Gennaio-Novembre da cui si evince che le prime 5 categorie determinano circa l'80% per cento di tutta la spesa sostenuta dall''ASL di Caserta, ed in particolare:

- 1^ Sistema Cardiovascolare con una spesa pari ad € 43.522.962,58 e 160,4 € /1000 assistiti

- 2^ Apparato Gastrointestinale e Metabolismo (€ 24.486.787) determinata da alcuni antidiabetici (nota 100) -A questa spesa va aggiunta quella della DPC (17.466.847 €) sostenuta per ben 5,2 milioni da farmaci utilizzati per il Diabete.
- 3^ Farmaci del Sistema Nervoso
- 4^ Farmaci del Sistema Respiratorio

**203 - CASERTA**

| | ATC 1 | spesa lorda | DDD | | | | spesa lorda | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | DDD | per 1000 ass. pesati/die | scostamento % rispetto media regionale | scostamento % rispetto anno precedente | per 1000 ass. pesati/die | scostamento % rispetto media regionale | scostamento % rispetto anno precedente |
| 1 | C - Sistema Cardiovascolare | 47.855.331 | 159.009.464 | 533,13 | 0,00% | 2,32% | 160,45 | -0,00% | 2,72% |
| 2 | A - Apparato Gastrointestinale E Metabolismo | 26.788.456 | 75.478.771 | 253,07 | NC | -3,13% | 89,82 | NC | 1,88% |
| 3 | N - Sistema Nervoso | 17.147.560 | 18.666.672 | 62,59 | 0,00% | 3,19% | 57,49 | -0,00% | 4,26% |
| 4 | R - Sistema Respiratorio | 16.323.455 | 16.585.158 | 55,61 | 0,00% | 3,83% | 54,73 | -0,00% | 3,68% |
| 5 | J - Antimicrobici Generali Per Uso Sistemico | 12.260.165 | 5.279.410 | 17,70 | -0,00% | -4,67% | 41,11 | -0,00% | -1,88% |
| | M - Sistema Muscolo-Scheletrico | 5.429.401 | 13.031.457 | 43,69 | -0,00% | 2,12% | 18,20 | 0,00% | 4,61% |
| | B - Sangue Ed Organi Emopoietici | 4.774.866 | 23.667.702 | 79,35 | NC | 5,58% | 16,01 | -0,00% | 20,75% |

*Tab.7: Spesa farmaceutica Gen-Nov 2024*

L'analisi dei ricoveri per MDC relativi a tutti i ricoveri dei nostri assistiti in tutte le strutture pubbliche e private d'Italia evidenza:

| MDC | N. Casi | Spesa | % |
|---|---|---|---|
| 5- Sistema Cardiocircolatorio | 11.888 | 73.641.516 | 19,39% |
| 8- Apparato Osteomuscolare e tessuto connettivo | 12.689 | 61.553.906 | 16,21% |
| 1- Sistema Nervoso | 6.794 | 31.733.802 | 8,36% |
| 4 - Apparato Respiratorio | 7.434 | 27.345.533 | 7,20% |
| 17- Patologie oncologiche | 5.637 | 19.280.301,45 | 5,08% |

*Tab. 8: N. casi di ricoveri anno 2023*

**Il contesto epidemiologico** e l'analisi delle principali cause di mortalità evidenziano che i tumori e le malattie cardiovascolari sono le patologie più frequenti nell'ambito del territorio aziendale, da attribuirsi principalmente al progressivo invecchiamento dei residenti. Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario aumenta perché le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute ed economiche a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità di vita e dei costi per le cure.

L'analisi in dettaglio dei ricoveri per tumori maligni viene analizzata per distretto e per gli anni 2021-2022 e 2023 nella sottostante tabella.

## Tumori maligni

*Numero di individui per i quali è stata indicata nella SDO almeno un codice sottoelencato su diagnosi principale o secondaria*

Categorie diagnostiche considerate

14 Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe
15 Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo
16 Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici
17 Tumori maligni delle ossa. Del tessuto connettivo, della cute e della mammella
18 Tumori degli organi genitali
19 Tumori di altre non specificate sedi
20 Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico
22 Tumori incerti o di natura non specificata
23 Carcinomi in situ

| | | 2023 | | 2022 | | 2021 | | Diff% 2023/2022 | Diff% 2023/2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DISTRETTO | Assistibili 2018 | Soggetti | indice /1000 ab. | Soggetti | indice /1000 ab. | Soggetti | indice /1000 ab. | (indice/1000ab) | (indice/1000ab) |
| 12 Caserta | 107.985 | 1.325 | *12,27* | 1299 | *11,99* | 1311 | *12,10* | 2,37% | 1,43% |
| 13 Maddaloni | 79.363 | 845 | *10,65* | 793 | *10,01* | 771 | *9,73* | 6,37% | 9,41% |
| 14 Teano | 78.712 | 898 | *11,41* | 878 | *11,06* | 815 | *10,27* | 3,13% | 11,10% |
| 15 Piedimonte M. | 59.834 | 743 | *12,42* | 724 | *11,99* | 705 | *11,67* | 3,60% | 6,39% |
| 16 Marcianise | 80.099 | 743 | *9,28* | 738 | *9,13* | 728 | *9,01* | 1,55% | 2,94% |
| 17 Aversa | 48.115 | 564 | *11,72* | 578 | *11,88* | 547 | *11,24* | -1,31% | 4,28% |
| 18 Gricignano | 103.272 | 914 | *8,85* | 860 | *8,35* | 892 | *8,66* | 6,01% | 2,21% |
| 19 Lusciano | 77.801 | 749 | *9,63* | 762 | *9,86* | 711 | *9,20* | -2,36% | 4,64% |
| 20 Casal di Principe | 51.505 | 524 | *10,17* | 536 | *10,41* | 489 | *9,50* | -2,31% | 7,08% |
| 21 S. Maria C.V. | 65.068 | 656 | *10,08* | 641 | *9,84* | 645 | *9,90* | 2,45% | 1,81% |
| 22 Capua | 68.139 | 749 | *10,99* | 749 | *10,90* | 663 | *9,65* | 0,84% | 13,91% |
| 23 Castel Volturno | 62.774 | 664 | *10,58* | 631 | *10,04* | 575 | *9,15* | 5,37% | 15,63% |
| *Totali ASL Caserta* | ***882.667*** | ***9.374*** | ***10,62*** | **9.189** | ***10,38*** | **8.852** | ***10,00*** | ***2,32%*** | ***6,21%*** |

*Fig.7: Numero di ricoveri per tumori maligni*

Sulla base dei dati del Registro tumori dell'ASL Caserta si registrano n. 50.258 nuovi casi diagnosticati nel corso degli anni 2008-2018 : **27.640** tra gli uomini (pari al 55%), **11.336** tra le donne (45%).

In relazione all**' Incidenza** si stima che in provincia di Caserta si verifichino, nel corso dell'anno:

- circa **4.569 nuove diagnosi di tumore** (esclusi i carcinomi della cute), di cui 2.513 (55%) fra gli uomini e 2056 (45%) fra le donne;
- nel corso della vita in media un uomo su 3 e una donna su 4 avranno la probabilità di ammalarsi di tumore.
- considerando l'intera popolazione, escludendo i carcinomi della cute, le sedi tumorali più frequenti sono: mammella (12,8%), colon-retto (12,7%), polmone (12,2%), neoplasie ematologiche (10,3%) vescica (8,7%) e prostata (7,8%).
- esclusi i carcinomi della cute, i cinque tumori più frequentemente diagnosticati fra gli uomini sono quelli di polmone (18%), prostata (13%), vescica (13%), colon retto (12%) e fegato (5%); tra le donne mammella (28%), colon-retto (13%), utero (7%), tiroide (6%) e polmone (5%).

In relazione alla **mortalità:**

- i decessi dovuti a tumori sono stati, annualmente, (fonte: Istat) 2.178 (1.295 fra gli uomini e 883 fra le donne). In media, un uomo ogni 7 e una donna ogni 12 hanno la probabilità di morire a causa di un tumore.

In relazione alla **sopravvivenza**:

- complessivamente le donne hanno una sopravvivenza a 5 anni del 64%, migliore rispetto a quella degli uomini (53%), in gran parte legata al fatto che nelle donne il tumore più frequente è quello della mammella, caratterizzato da una buona prognosi mentre tra gli uomini il tumore più frequente è quello del polmone, la cui sopravvivenza è molto più bassa.

- Sopravvivono a 5 anni di più le persone giovani rispetto a quelle più anziane sia tra gli uomini (76% tra i 15-44enni vs 44% tra gli ultrasettantacinquenni) sia tra le donne (88% vs 38%).

In relazione alla **prevalenza:**

- è stato calcolato che, al 1/1/2019, oltre 14.600 persone erano viventi ed avevano avuto una diagnosi di tumore nei 5 anni precedenti. Tra queste 7.419 avevano ricevuto la diagnosi nei 2 anni precedenti, verosimilmente impegnati in un intensivo percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale.
- Tra gli uomini, l'incidenza di tutti i tumori ha mostrato nel periodo 2008-2018, un andamento pressoché costante (+0,02% l'anno) mentre, tra le donne è stato rilevato un incremento significativo (+1,5% l'anno).
- Durante il periodo 2008-2018 la mortalità sia per gli uomini che per le donne risulta in diminuzione in maniera consolidata – 1,01% tra gli uomini e -0,88% tra le donne.
- Sono in significativo aumento tra gli uomini i tumori del rene, del testicolo i melanomi cutanei.
- Tra le donne, invece, sono in significativo aumento i tumori di testa collo, del polmone, della mammella, della tiroide, del colon e retto ed i melanomi cutanei.

Un'analisi di tutte le banche dati disponibili in ASL (Ricoveri in tutte le strutture di ricovero, banca dati delle prestazioni di radioterapia, banca dati della farmaceutica) ha individuato n. 11 560 malati oncologici con tumore maligno residenti nell'ASL Caserta nell'anno 2024.

| Territorio | Morti in età infantile | | | Probabilità di morte a 0 anni (per mille) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Maschi | Femmine | Totale | Maschi | Femmine | Totale |
| Italia | 253 | 221 | 474 | 2,6 | 2,2 | 2,4 |
| Nord | 233 | 205 | 438 | 2,4 | 2 | 2,2 |
| Centro | 202 | 156 | 358 | 2 | 1,7 | 1,9 |
| Sud e Isole | 304 | 273 | 577 | 3,1 | 2,8 | 3 |
| Campania | 290 | 276 | 566 | 2,9 | 2,7 | 2,8 |
| *Caserta* | *373* | *227* | *600* | *3,3* | *1,9* | *2,6* |

*Tabella 9: Mortalità infantile. Fonte: Istat.*

In Italia nel 2019 il **tasso di natimortalità** (cioè il rapporto tra il numero di nati morti e il totale dei nati vivi e morti) e quello di mortalità neonatale (cioè il rapporto tra il numero di neonati morti entro i 28 giorni dalla nascita e il totale dei nati vivi) sono inferiori alla media europea, mentre il nostro paese registra un numero di cesarei e di parti pretermine superiore a quello medio del continente. Lo rileva il nuovo rapporto Euro Peristat.

Ecco i dati principali emersi dal rapporto

- **La mortalità infantile** in Italia nel 2019 era pari a 2,6 morti nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi, rispetto a 3,1 del 2015.
- L'età materna avanzata al parto presenta forti variazioni a livello europeo, sia tra paesi che nel corso del tempo. Insieme a Spagna e Irlanda, nel 2019 l'Italia era il paese con la percentuale più alta di madri oltre i 35 anni (34,4% rispetto al 33,4% del 2015) e oltre i 40 anni di età (8,8%). Al contrario, la proporzione di donne sotto i 20 anni di età al parto nel quinquennio in esame è diminuita in Europa, salvo che per Cipro, Malta e Slovenia. In Italia la percentuale è scesa dall'1,7% del 2015 all'1,4% nel 2019.

Con riferimento al **tasso di mortalità in età infantile**, dalla tabella che precede, emerge come il dato più performante sia quello relativo all'area del Centro-Italia (tasso 1,9), mentre quello peggiore del Sud e delle Isole (tasso 3). La regione Campania presenza un indice al di sotto della media dell'area Sud-Italia, ma resta comunque superiore alle altre aree italiane.
La provincia di Caserta, insieme a quella di Napoli, presenta la performance migliore (tasso 2,6).

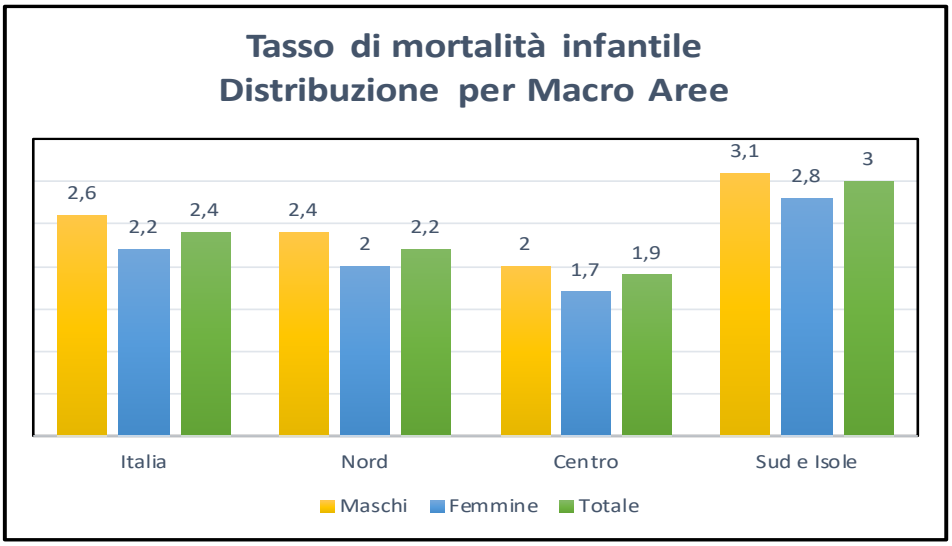



*Fig. 8: Tasso di mortalità infantile: Distribuzione per Macro Aree. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022*

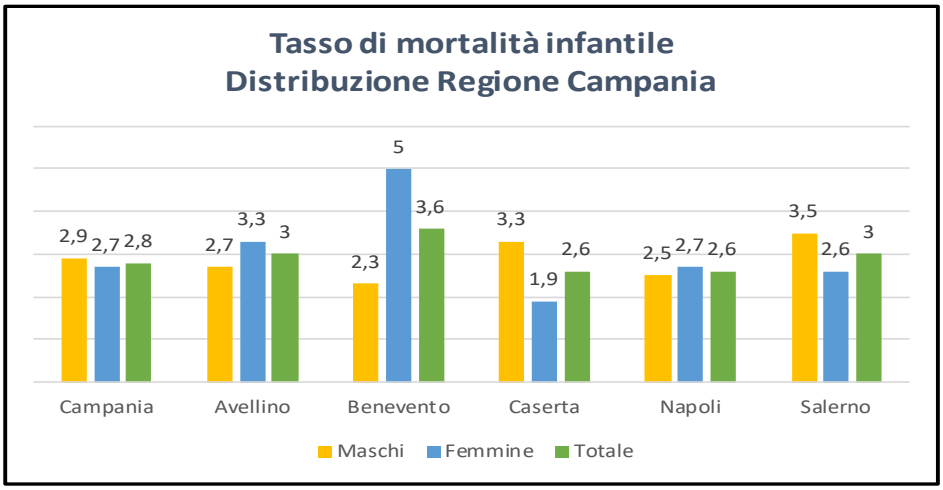



*Fig. 9: Tasso di mortalità infantile: Distribuzione Regione Campania. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022.*

## 1.3 *L'organizzazione*

La sede legale è a Caserta, in via Unità Italiana n.28.

**L'azienda in breve**

Denominazione: Azienda Sanitaria Locale Caserta
Sede Legale: Via Unità Italiana, n. 28 - CASERTA
Partita IVA: 03519500619
Codice Fiscale: 0351900619
Direttore Generale: Dott. Amedeo Blasotti
Sito Web : www.aslcaserta.it
URP:urp@pec.aslcaserta.it
Pec: protocollo@pec.aslcaserta.it

*Fig.10: Dati ASL Caserta*

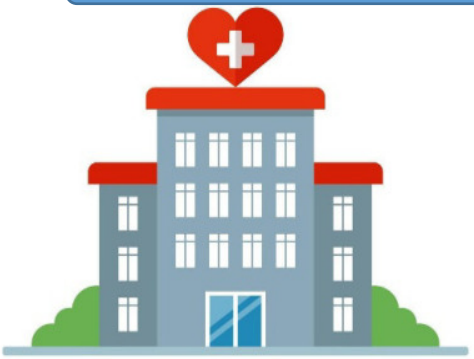
**I presidi ospedalieri dell'ASL Di Caserta**




Presidio Ospedaliero Aversa (N. posti letto 196)
Presidio Ospedaliero Maddaloni (N. posti letto 64)
Presidio Ospedaliero Marcianise (N. posti letto 96)
Presidio Ospedaliero Piedimonte Matese (N. posti letto 103)
Presidio Ospedaliero San Felice a Cancello (N. posti letto 29)
Presidio Ospedaliero S.Maria Capua Vetere (N. posti letto 25)
Presidio Ospedaliero Sessa Aurunca (N. posti letto 98)

*Fig.11: Dati Presidi Ospedalieri ASL Caserta*

**I distretti sanitari dell'ASL Di Caserta**



Distretto 12 – Caserta (N. comuni 4)
Distretto 13 – Maddaloni (N. comuni 6)
Distretto 14 – Teano (N. comuni 16)
Distretto 15 – Piedimonte Matese (N. comuni 31)
Distretto 16 – Marcianise (N. comuni 6)
Distretto 17-19 – Aversa-Lusciano (N. comuni 7)
Distretto 18 – Succivo (N. comuni 8)
Distretto 20 – Casal Di Principe (N. comuni 4)
Distretto 21 – S. Maria Capua Vetere (N. comuni 7)
Distretto 22 – Capua (N. comuni 10)
Distretto 23 – Mondragone (N. comuni 5)

*Fig.12: Dati Distretti Sanitari ASL Caserta*

**Strutture sanitarie private**



N. 143 strutture accreditate per l'assistenza specialistica diagnostica
N.13 case di cure accreditate
N.27 strutture accreditate per attività riabilitativa e FKT
N. 11 strutture sanitarie private accreditate (RSA)

*Fig.13: Strutture sanitarie private*



**Personale sanitario**
N. 1.187 Dirigenti Sanitari
N. 2.552 Dipendenti comparto sanitario



**Personale amministrativo**
N. 26 Dirigenti
N. 524 Dipendenti comparto amministrativo



**Personale tecnico e Professionale**
N. 34 Dirigenti
N. 608 Dipendenti comparto tecnico



**Consulenti e collaboratori**
N. 35 Consulenti e collaboratori

*Fig.14: Personale dipendente al IV Trimestre 2024 al 2 Gennaio 2025*

La struttura organizzativa dell'ASL Caserta è conforme all'Atto Aziendale adottato dall'ASL con Delibera n. 1359 del 01/08/2023 ed approvato dalla Regione con DGRC n. 558 del 10.10.2023, pubblicato sul BURC n. 72 del 16.10.2023 e composta da: Distretti, Dipartimenti, Strutture ed Uffici. Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell'ambito dell'organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale o semplici.

L'Azienda opera mediante 11 Distretti Sanitari:

| *Distretto* | *Sede* | *N. Comuni* | *Popolazione assistita* | *Medici di MG* | *Pediatri di LS* |
|---|---|---|---|---|---|
| **Distretto 12** | Caserta | 4 | **107.443** | **62** | **13** |
| **Distretto 13** | Maddaloni | 6 | **78.943** | **44** | **11** |
| **Distretto 14** | Teano | 16 | **71.029** | **39** | **7** |
| **Distretto 15** | Piedimonte Matese | 31 | **66.487** | **43** | **7** |
| **Distretto 16** | Marcianise | 6 | **80.017** | **45** | **11** |
| **Distretto 17_19** | **Aversa_Lusciano** | **1** | **124.687** | **69** | **16** |
| **Distretto 18** | Succivo | 8 | **103.438** | **57** | **15** |
| **Distretto 20** | Casal di Principe | 4 | **51.650** | **28** | **7** |
| **Distretto 21** | S. Maria Capua Vetere | 7 | **73.968** | **38** | **9** |
| **Distretto 22** | Capua | 10 | **53.306** | **31** | **6** |
| **Distretto 23** | Mondragone | 5 | **68.155** | **35** | **9** |
| **Totale** | | **104** | **879.123** | **491** | **111** |

*Tabella 10: Popolazione assistita per Distretto con MMG e PLS. Fonte: Sinfonia.*




*Figura 15: Distribuzione Territoriale Distretti.*

Nei 11 distretti sono allocate ad oggi:

- 11 UOS Cure Primarie e Governo delle Cronicità con 27 poliambulatori specialistici e 29 presidi di continuità assistenziale (CA) e 21 postazioni SAUT e 3 PSAUT;
- 1 UOC di Coordinamento M.I. a cui afferiscono i Consultori/assistenza vaccinale dei distretti 12 e 13
- 4 UOS Consultori/Assistenza Vaccinale ( Ds14 e 15-Ds 17_19-Ds 18 e 20;Ds 22 e 23)
- 1 UOC di Coordinamento Cure Domiciliari – ADI dis 12 e 13
- 5 UOS ADI ( Ds16 e 21,Ds 22 e 23;Ds 17 e 19;Ds 18 e 20;Ds 14 e 15)
- 1 UOC di Coordinamento Riabilitazione Territoriale - Assistenza Riabilitativa Ds12 e 13
- 5 UOS di Assistenza Riabilitativa (Ds 15 e 21;Ds 17 e 19;Ds 22 e 23;Ds 18 e 20;Ds 14 e 15)
- 1 UOSD di ASS. Medicina Legale;



*Fig. 16 - Consultori*

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Caserta sono 21, di seguito elencati.

| Progressivo | Distretto | Comune | N. Comuni |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Distretto 12 | Caserta | Via Paul Harris |
| 2 | Distretto 13 | Maddaloni | Via Caudina |
| 3 | | San Marco Trotti | Via Trotti |
| 4 | Distretto 14 | Teano | Via Roma |
| 5 | | Mignano | Piazza Pezzoli |
| 6 | | Sessa Aurunca | V. Sessa Mignano |
| 7 | | Pietravairano | Via Battisti |
| 8 | | Roccamonfina | Via Addolorata |
| 9 | Distretto 15 | Caiazzo | Via Caduti sul lavoro |
| 10 | | Piedimonte | Via Matese |
| 11 | Distretto 16 | Macerata | Via Mazzini,75 |
| 12 | | Marcianise | Piazza Carità |
| 13 | Distretto 17_19 | Aversa | Viale Europa,4 |
| 14 | Distretto 18 | Sant'Arpino | Via De Gasperi, 47 |
| 15 | | Teverola | Corso Italia |
| 16 | Distretto 20 | San Cipriano | Via Buonarroti, 60 |
| 17 | Distretto 21 | S. Maria Capua Vetere | Via Mazzocchi |
| 18 | | Grazzanise | Via Albero Lungo |
| 19 | Distretto 22 | Capua | Via Palasciano |
| 20 | Distretto 23 | Mondragone | Via degli Oleandri |
| 21 | | Castel Volturno | Via Marino di M., 10 |

*Tabella 10: Consultori*

## *1.4 Assistenza Distrettuale*

L'Assistenza Hospice è assicurata da tre strutture accreditate ed una pubblica nel PO di S Felice a C.
Sono state potenziate le cure domiciliari e l'assistenza agli anziani e data particolare attenzione all'Assistenza residenziale e semiresidenziale con uno specifico target costituito da persone anziane o con patologie croniche (disabili, tossicodipendenti, alcolisti) che necessitano di assistenza e di cure continue, anche per lunghi periodi, presso strutture sociosanitarie adeguate ai loro fabbisogni.
Nell'anno 2023 i casi trattati in assistenza domiciliare sono stati 12.389 di cui 11.021 anziani ed in fase terminale 1.011.Gli accessi del personale medico sono stati 35.004 di cui 31.504 per anziani e per malati terminali 3.500.
I dati del personale del comparto sanitario sono riportati nella tabella sottostante:

| | Terapisti Riabilitazione | Infermieri | Altri Operatori | Totale |
|---|---|---|---|---|
| Ore di assistenza | 43.756 | 87.511 | 8.751 | 140.018 |
| Per Anziani | 39.380 | 78.760 | 7.876 | 126.016 |
| Per Mal. Terminali | 4.376 | 8.751 | 875 | 14.002 |
| | | | | |
| Accessi degli operatori | 43.756 | 87.511 | 8.751 | 140.018 |
| Di cui per anziani | 39.380 | 78.760 | 7.876 | 126.016 |
| Per paz. In fase terminale | 4.376 | 8.751 | 875 | 14.002 |

*Tab. 11 Dati assistenza domiciliare.*

Il numero di Medici di Medicina Generale che effettuato assistenza programmata sono stati 330 con n. 23.329 autorizzazioni concesse.

Sono entrati in attività e a pieno regime 11 Chronic Care Center che nel 2022 hanno assistito 5.815,nel 2023 10522 e nel 2024 altri 4.382 pazienti con patologie croniche per un totale di 20.719 utenti.

| DISTRETTO | STRUTTURA | fino al 2022 | 2023 | dic-24 | TOTALE |
|---|---|---|---|---|---|
| DS12 – CASERTA | CHRONIC CENTER DS 12 CASERTA | 903 | 1151 | 487 | 2541 |
| DS13 – MADDALONI | CHRONIC CARE CENTER | 0 | 191 | 56 | 247 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DS14 – TEANO | CHRONIC CENTER DS 14 CELLOLE | 305 | 888 | 313 | 1506 |
| DS15 - PIEDIMONTE MATESE | CHRONIC CENTER DS 15 ALIFE | 13 | 23 | 228 | 264 |
| DS16 – MARCIANISE | CHRONIC CENTER DS 16 MARCIANISE | 68 | 48 | 166 | 282 |
| DS17/19 – AVERSA | CHRONIC CENTER DS 17/19 AVERSA - LUSCIANO | 980 | 3341 | 456 | 4777 |
| DS18 – SUCCIVO | CHRONIC CENTER DS 18 SUCCIVO | 1176 | 1426 | 735 | 3337 |
| DS20 - CASAL DI PRINCIPE | CHRONIC CENTER DS 20 CASALE | 660 | 258 | 97 | 1015 |
| DS21 - SANTA MARIA CAPUA VETERE | CHRONIC CENTER DS 21 GRAZZANISE | 11 | 405 | 57 | 473 |
| DS22 – CAPUA | CHRONIC CENTER DS 22 CAPUA | 831 | 1084 | 1207 | 3122 |
| DS23 – MONDRAGONE | CHRONIC CENTER DS 23 MONDRAGONE | 868 | 1707 | 580 | 3155 |
| | | **5815** | **10522** | **4382** | **20719** |

*Tabella 12: Chronic Care Center*

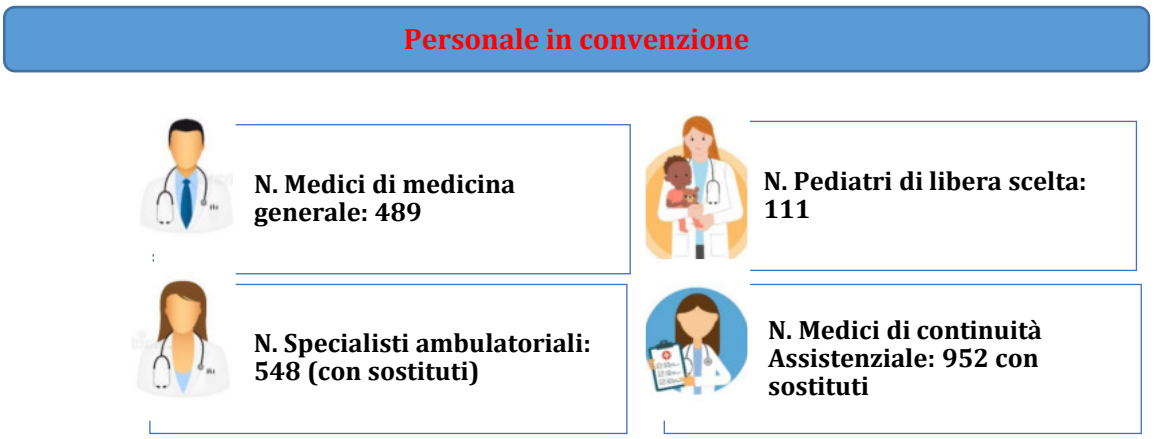



*Fig.17-Personale in convenzione*

I medici di medicina generale (489) hanno assicurato 29.269 accessi. Per l'assistenza sanitaria di base sono state attivate tutte le forme di associazione dei medici (A.F.T.) per potenziare la rete territoriale.
Particolare attenzione viene posta all'assistenza specialistica ambulatoriale, al recupero e alla riabilitazione funzionale e alle attività diagnostiche e di laboratorio, confermando sia l'attuale struttura in rete tesa al laboratorio unico logico, sia al potenziamento della diagnostica per immagine con l'attivazione anche di quattro TAC territoriali (Caserta, Aversa, Mondragone e Teano) e di una seconda RMN a Marcianise. Sono stati attivati i sei centri diabetologici pubblici.
Nei 29 presidi di Continuità assistenziale sono presenti 952 medici tra titolari e sostituti per complessive 279.900 ore di lavoro.

## *1.5 La Rete dell'emergenza*

**L'Emergenza ospedaliera e territoriale** è assicurata da 4 PS attivi in Presidi Pubblici e 2 attualmente sospesi in quanto dedicati a strutture COVID,1 PS in una Casa di Cura, 20 Presidi Saut (di cui 18 con ambulanze medicalizzate e due con ambulanze senza medico) e 3 PSAUT territoriali. Nel corso del 2023 le ore totali di servizio sono state 279.316.I contatti effettuati sono stati 207.235 con 2.395 ricoveri prescritti. Le ambulanze per l'emergenza sono 22 sono di tipo "A" con medico a bordo ed una è un'Unità Mobile di Rianimazione.

**ASL CASERTA**

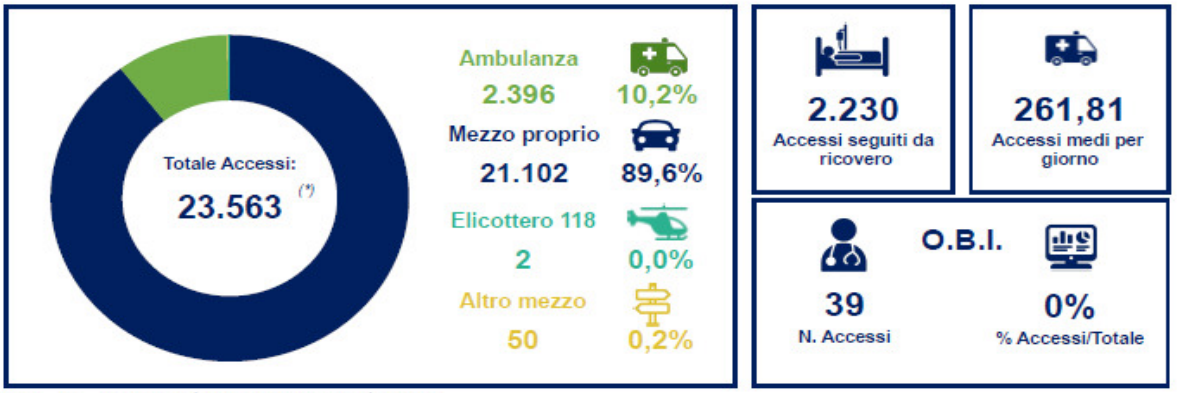
# PS - Overview

Le **Nuove Linee Guida** "*Specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso*" di Luglio 2020 introducono nuovi valori di codice Triage:

1 - Rosso
2 - Arancione
3 - Azzurro
4 - Verde
5 - Bianco

Le aziende stanno procedendo ad adeguarsi alle modifiche introdotte: per tale motivo è stato necessario riportare anche gli accessi con codice Triage **Giallo - mediamente critico**.

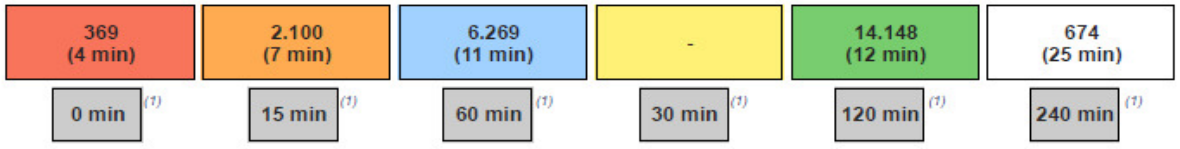
*Modalità di accesso*




(*) Per 13 accessi non è stata rilevata la modalità di arrivo.

***Codice Triage - Numero accessi e tempo medio di attesa in Pronto Soccorso (Accesso - Presa in Carico)***

*Totale Azienda*




(1) Tempo massimo di attesa secondo le "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero"

*Presidi*



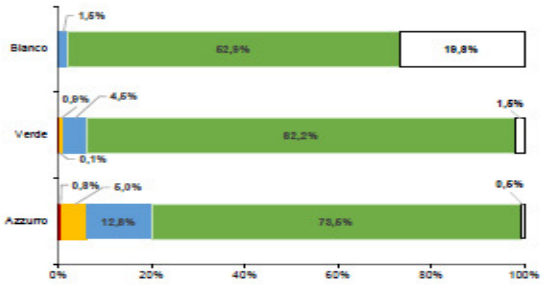

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PRESIDIO OSPEDALIERO MADDALONI | 13 (0 min) | 51 (0 min) | 9 (0 min) | 3 (0 min) | |
| PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE | 47 (1 min) | 358 (2 min) | 1.635 (3 min) | 4.001 (4 min) | 54 (12 min) |
| PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE | 36 (2 min) | 169 (5 min) | 1.148 (4 min) | 1.430 (3 min) | 103 (11 min) |
| PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA | 220 (6 min) | 1.293 (9 min) | 2.233 (27 min) | 6.679 (21 min) | 373 (39 min) |
| PRESIDIO OSPEDALIERO 'SAN ROCCO' | 53 (1 min) | 229 (2 min) | 1.244 (1 min) | 2.035 (2 min) | 144 (1 min) |

*Fig.18,19: Pronto Soccorso-I Trim 2024 -Fonte Portale So.Re.SA*

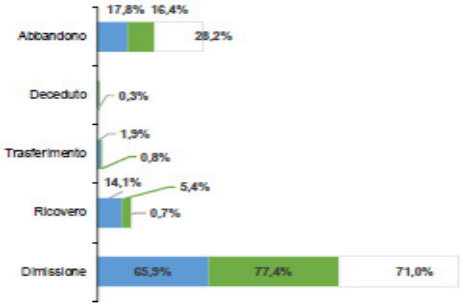
*Classificazione nella rete di emergenza-urgenza*

| Presidio | Rete di emergenza- urgenza |
|---|---|
| PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE | Pronto Soccorso |
| PRESIDIO OSPEDALIERO 'SAN ROCCO' | DEA I livello |
| PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA | DEA I livello |
| PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE | DEA I livello |

Livello di appropriatezza (codici non confermati)




Esito Trattamento




Il grafico sopra presentato «*Livello di appropriatezza*» permette di visualizzare, il numero di accessi in percentuale per i quali il codice triage di ingresso bianco, verde ed azzurro, non viene confermato a seguito della visita del medico.

| Esito Trattamento | Numero casi | |
|---|---|---|
| Dimissione | 47.100 | 72,4% |
| Ricovero | 5.871 | 9,0% |
| Trasferimento | 977 | 1,5% |
| Deceduto | 174 | 0,3% |
| Abbandono | 10.913 | 16,8% |
| Totale | 65.035 | 100,0% |

*Fig.20-Livello di appropriatezza della rete di emergenza*

**Anno 2024**

| Presidio Ospedaliero | 5 -Bianco | 4 –Verde (urgenza minore) | 3 –Azzurro (urgenza differibile) | 2 Arancione (urgenza) | 1 Rosso | Nero | Non rilevato | Totale complessivo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P.O. Maddaloni** | | | | | | | | |
| **P.O. Santa Maria C. V.** | | | | | | | | |
| **P.O. Marcianise** | 1624 | 30962 | 3011 | 777 | 228 | | 73 | 36675 |
| **P.O. Piedimonte Matese** | 507 | 13516 | 2253 | 625 | 212 | 5 | 38 | 17156 |
| **P.O. Sessa Aurunca** | 542 | 18898 | 2373 | 515 | 193 | 6 | 52 | 22579 |
| **P.O. Aversa** | 1658 | 53462 | 4078 | 3263 | 463 | 5 | 1047 | 63976 |
| **Totale complessivo** | **4331** | **116838** | **11715** | **5180** | **1096** | **16** | **1210** | **140386** |
| **Diff. Rispetto 2023** | **9,5%** | **1,7%** | **15,5%** | **-1,3%** | **4,0%** | **33,3%** | **16,3%** | **2,9%** |
| **Diff. Rispetto 2022** | **-18,3%** | **16,9%** | **58,9%** | **0,2%** | **19,8%** | **-40,7%** | **24,4%** | **17,3%** |
| **Diff. Rispetto 2021** | **-3,2%** | **46,4%** | **157,1%** | **-54,8%** | **1,8%** | **-56,8%** | **53,7%** | **37,3%** |

*Tab.13-Accessi ai PPSS nel 2024*

Nel 2024 si registra un significativo incremento dei codici bianchi (+9,5%),dei codici verdi (+1,7%),degli azzurri (+ 15,5%) e rosso (+4,0%) Complessivamente gli accessi al PS aumentano del 2,9%.

## *1.6 L'Assistenza Ospedaliera*

**ASL Caserta** — Nov 2024

| Presidio Ospedaliero | Numero Dimissioni | Numero Accessi | Degenza media | ICM | ICP | Degenza media in elezione | Posti letto Teorici DO | Posti letto Teorici DH+DS | Posti letto Effettivi DO | Posti letto Effettivi DH+DS | Tasso di Occupazione DO | Tasso di Occupazione DH+DS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P.O. S. Giuseppe Melorio | 768 | 483 | 9,75 | 0,96 | 1,43 | 0,34 | 39 | 4 | 29 | 5 | 76% | 31% |
| P.O. "San Rocco" di Sessa Aurunca | 2.448 | 1.090 | 5,69 | 0,96 | 1,19 | 0,81 | 100 | 7 | 85 | 7 | 49% | 45% |
| P.O. S.G. Moscati di Aversa | 6.780 | 6.057 | 5,70 | 1,06 | 1,23 | 3,88 | 214 | 41 | 160 | 29 | 72% | 62% |
| P.O. Maddaloni | 520 | 3.337 | 12,21 | 1,47 | 1,60 | 9,44 | 51 | 13 | 35 | 13 | 54% | 77% |
| P.O. Marcianise | 3.161 | 1.774 | 5,49 | 0,88 | 1,24 | 1,23 | 83 | 12 | 83 | 12 | 62% | 43% |
| P.O. S. Felice a Cancello | 246 | 148 | 21,13 | 0 | 0 | 19,03 | 39 | 7 | 18 | 7 | 86% | 6% |
| P.O. Piedimonte Matese | 2.993 | 648 | 6,37 | 1,16 | 1,21 | 3,20 | 87 | 17 | 81 | 14 | 71% | 14% |
| ASL Caserta | 16.916 | 13.537 | 6,39 | 0 | 0 | 4,06 | 613 | 101 | 491 | 87 | 66% | 46% |

*Fig. 21 = Presidi Ospedalieri dell'ASL*

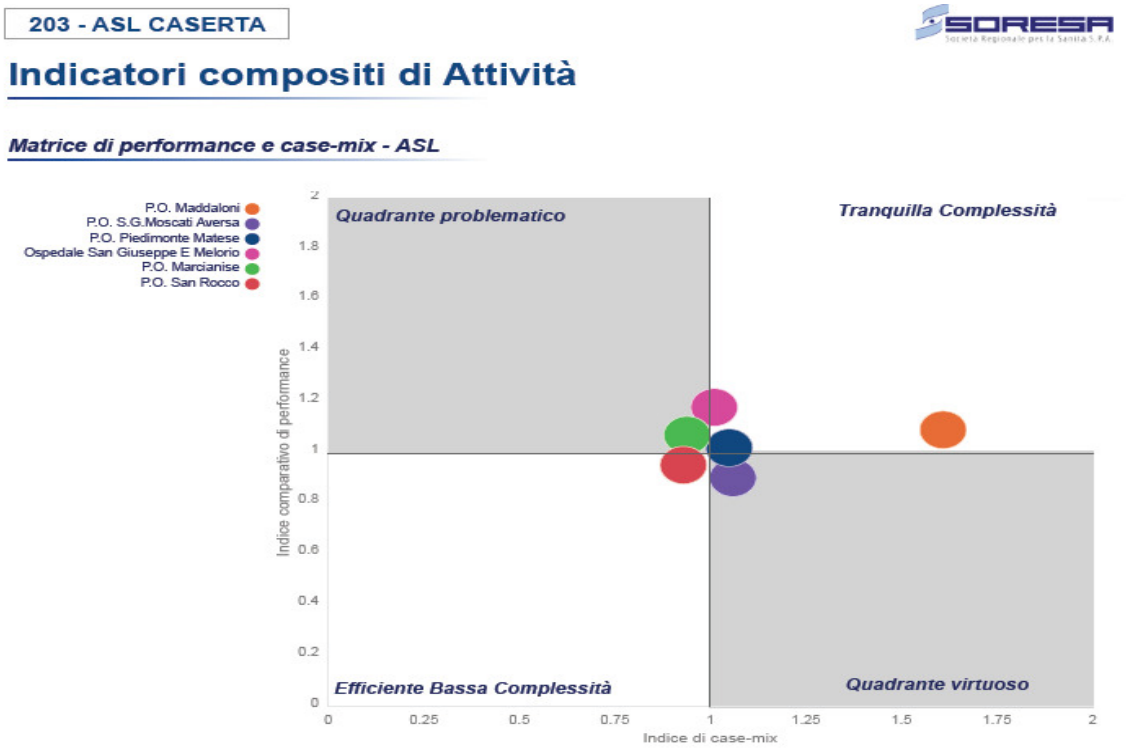



*Fig. 22 =Indicatori compositi di attività dei 6 PPOO*

# SCHEDA GENERALE DEI PRESIDI OSPEDALIERI

Anno 2024 Mese 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12

( Ultimo Aggiornamento )
2024 - 11

Anni 2021, 2022, 2023 Mese 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12

## Totali Generali

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 85.180.153 | 89.321.418 | 111.566.709 | 101.791.685 |
| COSTI | 157.456.365 | 169.652.177 | 179.933.248 | 194.100.509 |
| MARGINE OPERATIVO | -72.276.213 | -80.330.759 | -68.366.538 | -92.308.824 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 54,1% | 52,6% | 62,0% | 52,4% |

## Produttività

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| Ricoveri in degenza ordinaria | 57.189.288 | 56.609.570 | 60.155.927 | 55.633.459 |
| Ricoveri in day hospital | 11.965.119 | 12.142.976 | 12.207.731 | 6.052.111 |
| ACCESSI PRONTO SOCCORSO | 6.428.381 | 8.181.402 | 17.340.463 | 16.459.644 |
| TICKET | 561.224 | 779.975 | 2.001.116 | 2.188.026 |
| PACC | | 63.385 | 257.817 | 1.421.523 |
| ATTIVITA' TRASFUSIONALE | 1.280.580 | 889.440 | 526.920 | 496.080 |
| ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA | 7.755.560 | 10.654.670 | 19.076.735 | 19.540.842 |

## Posti Letto Medi

| | Degenza Ordinaria | | | | Day Hospital | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| **Totale posti letto medi** | **530,6** | **523,9** | **515,7** | **491,2** | **73,2** | **74,4** | **91,4** | **87,0** |
| CARDIOLOGIA | 40,8 | 40,8 | 42,8 | 38,0 | 2,2 | 1,3 | 1,2 | 3,0 |
| CHIRURGIA GENERALE | 47,3 | 46,0 | 43,9 | 42,3 | 8,6 | 8,0 | 8,9 | 7,5 |
| CHIRURGIA MININVASIVA | | | | 0,2 | | | | 0,2 |
| CHIRURGIA SENOLOGICA | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 3,2 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1,2 |
| CHIRURGIA VERTEBRO-MIDOLLARE | | | | 2,5 | | | | |
| EMATOLOGIA | 15,0 | 14,2 | 14,4 | 15,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |
| GASTROENTEROLOGIA | 14,3 | 15,0 | 8,0 | 3,0 | 3,3 | 3,0 | 1,8 | 1,0 |
| LUNGODEGENZA | 11,7 | 7,3 | 13,0 | 13,0 | | | | |
| MEDICINA INTERNA | 72,0 | 72,7 | 91,0 | 97,2 | 4,0 | 4,1 | 4,0 | 4,2 |
| MEDICINA 1 COVID | 20,0 | 17,8 | | | | | | |
| MEDICINA 2 COVID | 20,0 | 15,0 | | | | | | |
| MEDICINA 3 COVID | 10,0 | 10,0 | 5,0 | 2,9 | | | | |
| MEDICINA 4 COVID | 20,0 | 20,0 | 15,0 | 2,9 | | | | |
| NEONATOLOGIA | 7,0 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | | | | |
| NEUROLOGIA | | | 7,6 | 10,0 | | | | |
| NIDO | 54,0 | 52,0 | 52,0 | 49,3 | | | | |
| OCULISTICA | 2,0 | 1,5 | | | 5,0 | 6,2 | 11,0 | 11,0 |
| ONCOLOGIA | 0,5 | 1,0 | 1,0 | 1,3 | 20,0 | 19,0 | 23,2 | 19,0 |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 36,0 | 39,1 | 39,0 | 40,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 53,0 | 48,3 | 52,1 | 51,0 | 6,0 | 6,0 | 8,4 | 9,0 |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 1,0 | 2,0 | 2,6 | 4,0 | 1,7 | 3,8 | 7,0 | 6,0 |
| PEDIATRIA | 28,6 | 30,5 | 30,1 | 28,5 | 2,6 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| S.P.D.C. AVERSA | 10,0 | 9,6 | 10,0 | 10,0 | | | | |
| S.P.D.C. SESSA AURUNCA | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | | | | |
| STROKE UNIT | | | 1,6 | 2,0 | | | | |
| T.I.R. | 19,0 | 26,3 | 31,7 | 32,0 | 3,0 | 4,0 | 6,0 | 6,0 |
| U.O. INTENSIVA COVID 01 | 6,0 | 6,0 | 5,0 | 1,8 | | | | |
| U.O. INTENSIVA COVID 02 | 9,0 | 9,0 | | | | | | |
| U.O.S.D DI PREVENZIONE E RIABILITAZIONE DEL CARDIOPATICO | 4,8 | 2,8 | 5,0 | 5,0 | | | | |

*Tab.14= Report Presidi Ospedalieri aggiornato al 30 Novembre 2024*

## BILANCIO PRESIDI OSPEDALIERI PUBBLICI

Anno 2024 Mese 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12

( Ultimo Aggiornamento )
2024 - 11

**TOTALI GENERALI**

***OSPEDALE SAN GIUSEPPE E MELORIO***

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 1.586.827 | 1.360.054 | 5.173.456 | 4.143.014 |
| COSTI | 13.936.096 | 11.725.111 | 11.810.118 | 11.567.787 |
| MARGINE OPERATIVO | -12.349.268 | -10.365.057 | -6.636.663 | -7.424.773 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 11,4% | 11,6% | 43,8% | 35,8% |

***PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN ROCCO"***

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 10.578.725 | 9.924.689 | 10.576.811 | 10.076.326 |
| COSTI | 19.932.987 | 22.243.054 | 22.341.029 | 24.446.320 |
| MARGINE OPERATIVO | -9.354.261 | -12.318.365 | -11.764.218 | -14.369.994 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 53,1% | 44,6% | 47,3% | 41,2% |

***PRESIDIO OSPEDALIERO MADDALONI***

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 6.588.516 | 6.218.720 | 7.218.057 | 6.606.268 |
| COSTI | 15.264.765 | 15.029.572 | 14.470.473 | 13.913.819 |
| MARGINE OPERATIVO | -8.676.248 | -8.810.852 | -7.252.417 | -7.307.551 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 43,2% | 41,4% | 49,9% | 47,5% |

***PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE***

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 13.867.925 | 16.489.390 | 21.568.765 | 21.226.945 |
| COSTI | 25.283.987 | 32.712.364 | 33.888.559 | 37.334.685 |
| MARGINE OPERATIVO | -11.416.061 | -16.222.975 | -12.319.794 | -16.107.740 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 54,8% | 50,4% | 63,6% | 56,9% |

***PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE***

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 15.659.781 | 16.342.982 | 19.589.985 | 17.793.280 |
| COSTI | 25.900.313 | 27.058.527 | 28.605.393 | 29.347.361 |
| MARGINE OPERATIVO | -10.240.532 | -10.715.545 | -9.015.408 | -11.554.081 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 60,5% | 60,4% | 68,5% | 60,6% |

***PRESIDIO OSPEDALIERO S.FELICE A CANCELLO***

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 3.396.270 | 3.131.073 | 4.099.382 | 2.870.630 |
| COSTI | 3.950.800 | 3.551.012 | 6.883.204 | 8.059.974 |
| MARGINE OPERATIVO | -554.530 | -419.939 | -2.783.822 | -5.189.345 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 86,0% | 88,2% | 59,6% | 35,6% |

***PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA***

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 33.502.108 | 35.854.510 | 43.340.254 | 39.075.222 |
| COSTI | 53.187.418 | 57.332.535 | 61.934.471 | 69.430.563 |
| MARGINE OPERATIVO | -19.685.311 | -21.478.026 | -18.594.217 | -30.355.341 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 63,0% | 62,5% | 70,0% | 56,3% |

**Totali Generali**

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 85.180.153 | 89.321.418 | 111.566.709 | 101.791.685 |
| COSTI | 157.456.365 | 169.652.177 | 179.933.248 | 194.100.509 |
| MARGINE OPERATIVO | -72.276.213 | -80.330.759 | -68.366.538 | -92.308.824 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 54,1% | 52,6% | 62,0% | 52,4% |

*Tab. 15: Bilanci dei Presidi Ospedalieri dell'ASL.*

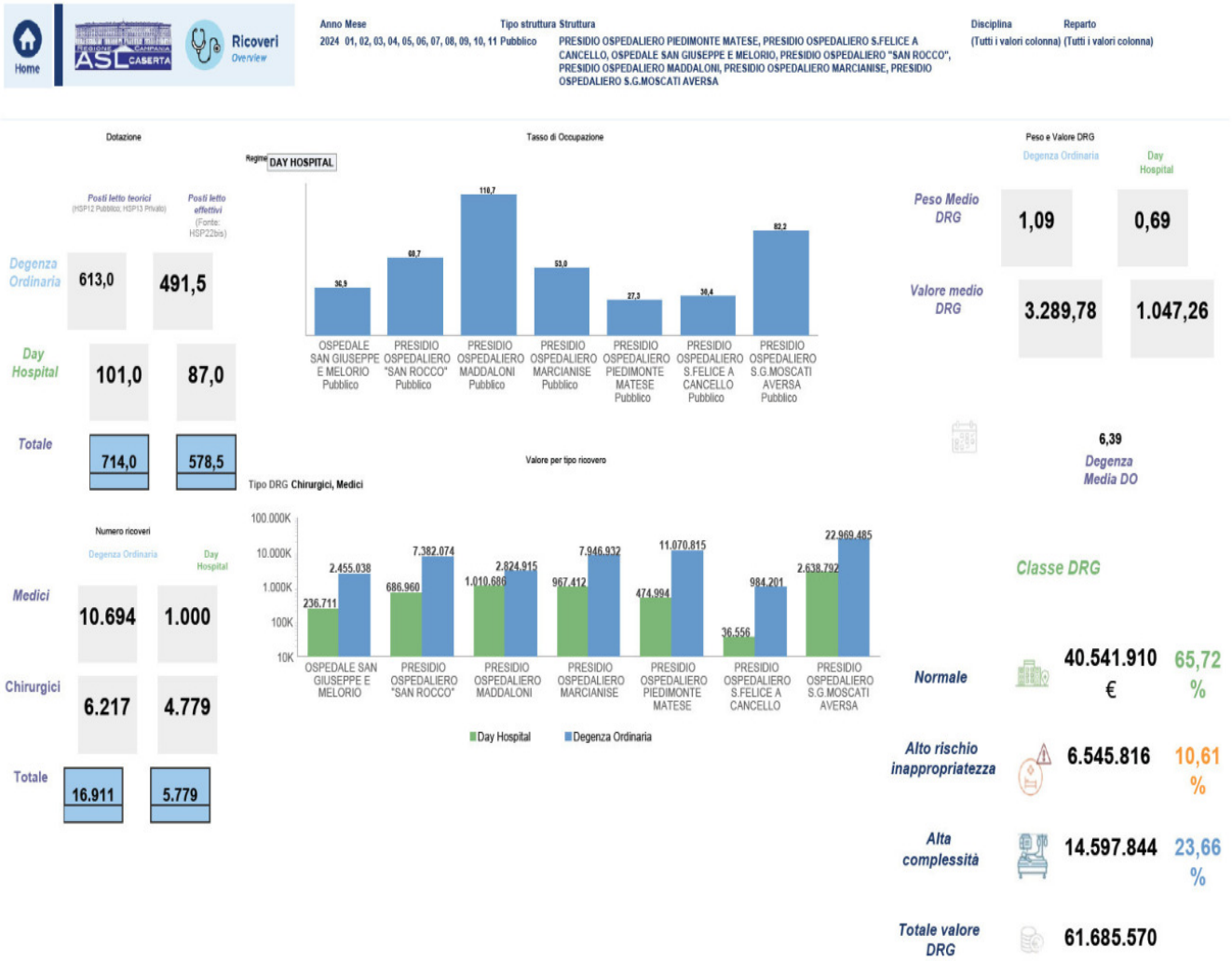



*Fig.23: Assistenza ospedaliera Dashboard- Indicatori di attività e di produzione*

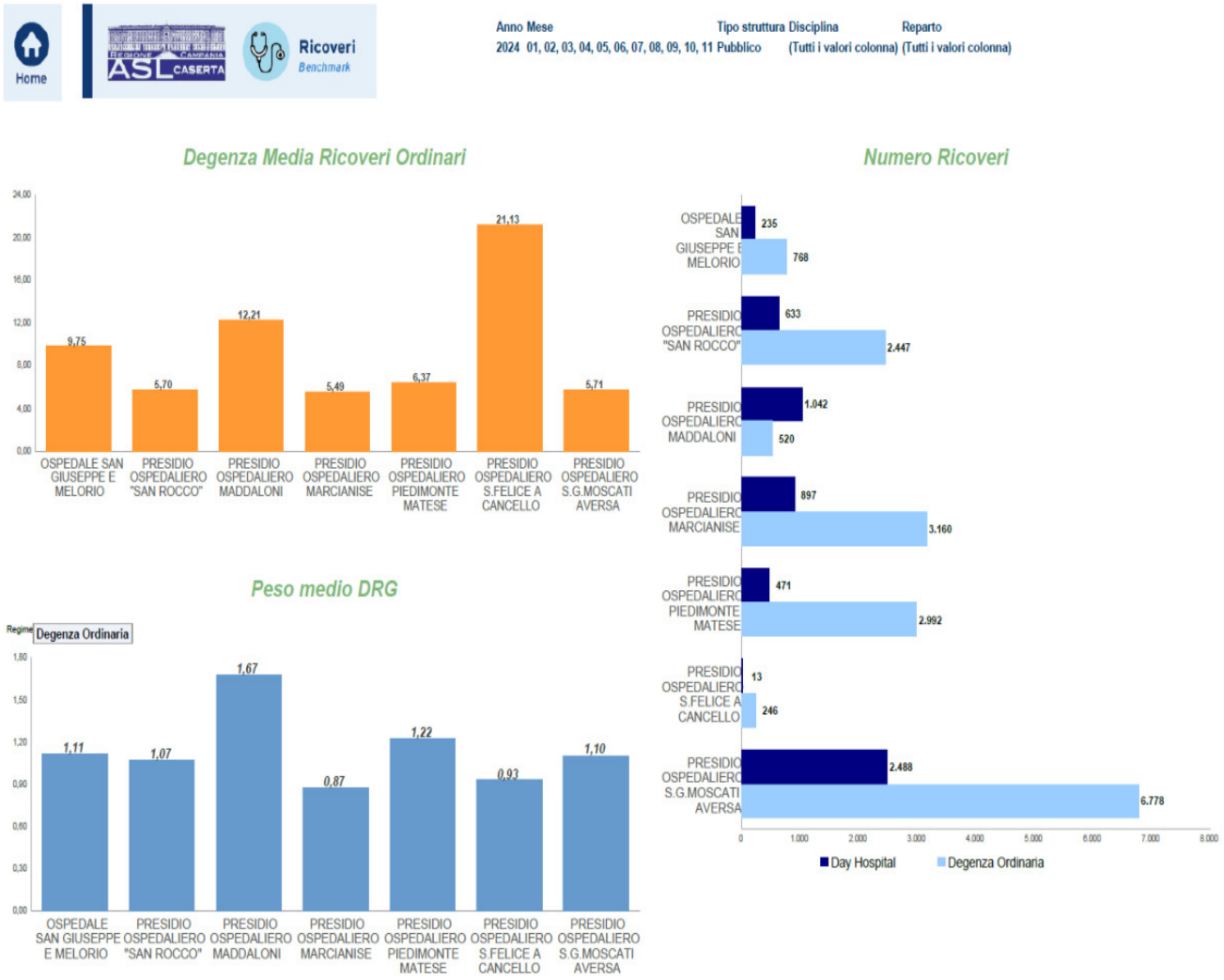



*Fig. 24: Assistenza ospedaliera Dashboard- Indicatori di attività e di qualità*

## *1.7 Assistenza Specialistica*

In relazione alle disposizioni indicate nel Decreto Dirigenziale n° 482 del 02.12.2022, avente ad oggetto “CUP Unico Regionale-Strutture Private Accreditate Disposizioni urgenti alle AA.SS.LL.”, l’A.S.L. ha provveduto ad individuare gli Ambiti di Garanzia.




*Fig.25 Distribuzione ambiti di Garanzia conferiti sul territorio dell'Asl Caserta*

Sulla base dei criteri di distribuzione sul territorio aziendale delle strutture erogatrici, la ASL Caserta ha individuato ambiti territoriali suddivisi per comune:

• **Ambito di Garanzia 1°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 14, 23 presenti nei seguenti comuni Sessa Aurunca, Cellole, Castel Volturno, Mondragone; Estensione territoriale 524,81 kmq e una popolazione pari all'11,4 %.La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 73%.

• **Ambito di Garanzia 2°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 14, 15 presenti nei seguenti comuni Teano, Vairano Patenora, Piedimonte Matese; Estensione territoriale 1.339,78 kmq e una popolazione pari all'13,3 %.La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 72%.

• **Ambito di Garanzia 3°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 17, 18, 19, 20 presenti nei seguenti comuni Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, San Marcellino, Casal di Principe, San Cipriano D'Aversa; ; Estensione territoriale 276,58 kmq e una popolazione pari al 31%.La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 82%.

• **Ambito di Garanzia 4°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 12, 13, 16, 21, 22 presenti nei seguenti comuni Casagiove, Caserta, Maddaloni, San Felice a Cancello, Marcianise, Recale, Curti, Santa Maria Capua Vetere, Capua. ; Estensione territoriale 510,11 kmq e una popolazione pari al 44,3 %.La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 87%.

Nella Provincia di Caserta, le strutture erogatrici pubbliche sono 26 e quelle private accreditate 195 per un totale di 221 strutture. Per branche n. discipline 165 per gli erogatori pubblici e n. 234 per erogatori privati.

| Branche | N. Erogatori Pubblici | N. Erogatori Privati |
|---|---|---|
| Diabetologia | 23 | 5 |
| Branche a Visita | 26 | 13 |
| Cardiologia | 24 | 13 |
| Patologia Clinica | 18 | 111 |
| Medicina Nucleare | 15 | 5 |
| Radiodiagnostica | 18 | 29 |
| Radioterapia | 1 | 2 |
| Dialisi | 16 | 20 |
| Medicina Fisica e Riabilitazione | 21 | 24 |
| PACC | 3 | 10 |
| **Totale** | **165** | **234** |

*Tabella 16: Erogatori Pubblici e Privati accreditati*

| Distretto Sanitario | N.Ambulatori specialistici | N. Prestazioni prenotate ed erogate da CUP 2024 (*) |
|---|---|---|
| Distretto 12 Caserta (Unica Sede) | 39 | 63.750 |
| Distretto 13- Maddaloni (Maddaloni -S Felice a C) | 28 | 41.776 |
| Distretto 14- Teano -Sessa Aurunca-Vairano P- Cellole-Mignano-Roccamonfina-Francolise | 65 | 56.817 |
| Distretto 15- Piedimonte-Alife-Caiazzo-Ruviano | 35 | 33.862 |
| Distretto 16- Marcianise | 20 | 40.750 |
| Distretto 17-17 Aversa-Lusciano-Parete-S Marcellino-Trentola Ducenta | 58 | 68.194 |
| Distretto 18- Succivo-Teverola-Sant' Arpino | 24 | 21.393 |
| Distretto 20-Casal di Principe | 16 | 24.917 |
| Distretto 21- S Maria C V- Grazzanise | 27 | 32.031 |
| Distretto 22- Capua | 21 | 24.140 |
| Distretto 23-Mondragone Castel Volturno | 31 | 36.208 |

*Tabella 17: Le strutture ambulatoriali distrettuali (*= elaborazione da file Soresa tutte le prestazioni)*

Nel 2024 le strutture pubbliche dell'ASL hanno erogato (Dati File C pubblico) 2.053.146 prestazioni ambulatoriali rispetto alle 1.324.321 prestazioni del 2022.

| STRUTTURA | Diagnostica | Laboratorio | NON FA.RE. | Riabilitazione | Terapeutiche | Visite | Totale complessivo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OSPEDALE MADDALONI | 22.287 | 92.963 | 63 | 76 | 1.633 | 4.799 | 121.821 |
| OSPEDALE MARCIANISE | 22.244 | 616.364 | 49 | 7 | 6.759 | 21.729 | 667.152 |
| OSPEDALE PIEDIMONTE MATESE | 11.619 | 270.913 | 11 | 14 | 11.723 | 13.359 | 307.639 |
| OSPEDALE SAN FELICE A CANCELLO | 14.080 | 1.282 | 1.537 | 24 | 6.477 | 11.151 | 34.551 |
| POLIAMB. OSPEDALE MOSCATI AVERSA | 21.363 | 203.321 | 74 | | 9.297 | 28.439 | 262.494 |
| POLIAMB. OSPEDALE SAN ROCCO SESSA AURUNCA | 7.758 | 171.176 | 59 | | 3.337 | 3.717 | 186.047 |
| POLIAMBULAT. OSPEDALE MELORIO S MARIA CV | 8.897 | 65.028 | 7 | 46 | 3.961 | 7.967 | 85.906 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 12 | 11.228 | 939 | 644 | 189 | 3.553 | 37.774 | 54.327 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 13 | 10.566 | 34 | 2.130 | 41 | 1.780 | 24.489 | 39.040 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 14 | 9.626 | 370 | 5.196 | 550 | 2.035 | 31.142 | 49.919 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 15 | 6.200 | 654 | 3.063 | 64 | 742 | 16.990 | 27.713 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 16 | 6.297 | 703 | | 150 | 1.057 | 22.414 | 30.621 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 17 | 15.653 | 574 | 4 | 70 | 4.544 | 44.550 | 65.395 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 18 | 3.526 | 43 | 1 | 57 | 600 | 15.352 | 19.579 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 20 | 5.307 | 12 | 6 | 52 | 690 | 16.409 | 22.476 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 21 | 8.382 | 87 | | 121 | 193 | 17.129 | 25.912 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 22 | 6.082 | 196 | 3 | 212 | 197 | 13.758 | 20.448 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 22 | 6.531 | 80 | | 342 | 701 | 22.947 | 30.601 |
| SALUTE MENTALE MADDALONI | | | | | 8 | 9 | 17 |
| SALUTE MENTALE MARCIANISE | 12 | | | | | 951 | 963 |
| SALUTE MENTALE PIEDIMONTE MATESE | | | | | 126 | 1.013 | 1.139 |
| SALUTE MENTALE TEANO | | | | | 56 | 330 | 386 |
| Totale complessivo | 197.658 | 1.424.739 | 12.847 | 2.015 | 59.469 | 356.418 | 2.053.146 |

*(Tab. 17 Bis)*

**Assistenza assicurata da Centri Privati accreditati**. Per la riabilitazione (18 strutture che erogano prestazione ex art.26, 22 di FKT di cui 9 solo di FKT, undici RSA (per disabili e/o per anziani). L'assistenza specialistica è assicurata da 61 laboratori di Patologia Clinica, 29 di Radiologia, 13 di cardiologia, 20 centri di dialisi, 5 di diabetologia, 5 di medicina nucleare, 13 con branche a visita. L'Assistenza Ospedaliera in regime di accreditamento è assicurata da 13 case di cura di cui 1 con PS attivo, 6 con Ostetricia e Rianimazione, 1 con lungodegenza ed una ad indirizzo riabilitativo.

| Branca Tetti | Numero Erogatori Pubblici per Azienda Territoriale | | | | | | | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Avellino | Benevento | Caserta | Napoli Centro | Napoli Nord | Napoli Sud | Salerno | |
| Diabetologia | 20 | 12 | 23 | 50 | 26 | 35 | 57 | 223 |
| Branche a Visita | 21 | 21 | 26 | 68 | 27 | 67 | 83 | 313 |
| Cardiologia | 15 | 14 | 24 | 38 | 27 | 34 | 51 | 203 |
| Patologia Clinica | 16 | 12 | 18 | 29 | 24 | 44 | 50 | 193 |
| Medicina Nucleare | 7 | 10 | 15 | 22 | 6 | 10 | 33 | 103 |
| Radiodiagnostica | 11 | 12 | 18 | 31 | 15 | 28 | 44 | 159 |
| Radioterapia | 1 | 1 | 1 | 5 | - | 1 | 7 | 16 |
| Dialisi | 4 | 5 | 16 | 25 | 21 | 21 | 29 | 121 |
| Medica Fisica e Riabil. | 14 | 10 | 21 | 36 | 19 | 27 | 42 | 169 |
| PACC | 1 | 1 | 3 | 9 | 1 | 5 | 4 | 24 |
| Totale | 110 | 98 | 165 | 313 | 166 | 272 | 400 | 1.524 |

*Tab. 18: Numero erogatori pubblici*

L' ASL Caserta con delibera n.347 del 8.3.2021 ha definito la "Rete Aziendale dei Centri di Assistenza Diabetologica…" per n. 16 CAD

I CAD pubblici sono organizzati con diabetologi e infermieri dedicati e con supporto di specialisti ambulatoriali (che dedicano ore parziali secondo le esigenze): cardiologo, neurologo, oculista, nutrizionista, chirurgo vascolare.

**Centri Anti Diabete PUBBLICI di II Livello- N. 10 Autorizzati e Attivi**

CAD Dis 12- Caserta Distretti 12 e 13 Palazzo della Salute-Caserta-Attivo dal 2020. Paz. in carico (**3.445** per la popolazione del Distretto 12 e 1753 per il distretto 13)

CAD Dis 14- Cellole Distretto 14 (Teano, Sessa Aurunca, Vairano P.) -Attivo dal 2020-Paz. In carico **2.170**

CAD Dis 15- Ruviano Distretto 30 di Piedimonte Matese-Attivo dal 2024- Paz. in carico **2.483**

CAD Dis 16- Marcianise -Distretto 16- Marcianise -Attivo dal 2024 – Pazienti in carico **2.615**

CAD Dis 17- Aversa Distretti 17-19 Aversa -Lusciano Attivo dal 2020 – Paz. In carico **7.235**

CAD Dis 18- Succivo Distretto 18 -Succivo Attivo dal 2023 -Paz. In carico **611**

CAD Dis 20- Casal Di Principe Distretto 20- Casal di Principe -Attivo dal 2023 – Paz. in carico **1.742**

CAD Dis 21- Grazzanise – Distretto 21 S.M.C.V -Grazzanise Attivo dal 2023 -Paz. In carico **2.202**

CAD Dis 22- Capua  Distretto 22 Capua-Via Palasciano -Attivo dal 2021 – Paz. In carico **1.928**
CAD Dis 23- Mondragone – Distretto 23 Mondragone Castelvolturno Attivo dal 2022 -Paz. in carico **4.258**
**N. Pazienti in carico presso le 15 strutture pubbliche 30.443.**I dati sono aggiornati al 31 ottobre 2024.

**Centri Anti Diabete PRIVATI Accreditati n. 5 di cui uno sospeso fino al 31 Ottobre 2024**
1 CAD- "Assistenza Italiana Diabetici" cod.000113- Caserta. Via Roma N. Paz. In carico **13.396**
2 CAD- "Istituto studio e cura del diabete" – Casagiove. Attualmente sospeso fino al 31 Maggio 2024
3 CAD- "Terra di Lavoro" Cod. 341114 – Aversa N. Paz. In carico **3.005**
4 CAD- "Normanno" Cod. DIA482 – Trentola Ducenta N. Paz. in carico **2.328**
5 CAD - "Bioanalisi Cliniche" Cod.DIA512- S Maria a Vico  N. Paz. In carico **1.297**

## *1.8 I dati economici*

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| ***BA2080*** | **Totale Costo del personale** | **303.463.197** | **300.823.999** | **317.134.688** |
| *BA2090* | *B.5) Personale del ruolo sanitario* | 251.890.287 | 252.850.840 | 265.081.115 |
| *BA2230* | *B.6) Personale del ruolo professionale* | 1.881.059 | 1.541.368 | 2.198.792 |
| *BA2320* | *B.7) Personale del ruolo tecnico* | 25.079.663 | 23.044.666 | 26.020.095 |
| *BA2410* | *B.8) Personale del ruolo amministrativo* | 24.612.187 | 23.387.125 | 23.834.686 |
| **YA0010** | **Y.1) IRAP** | **23.673.829** | **23.000.000** | **24.366.181** |

*Tab.19: Costi Personale*

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| **BA0410** | **B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base** | **100.964.471** | **102.953.097** | **106.550.619** |
| BA0420 | B.2.A.1.1) - da convenzione | 100.137.522 | 102.250.000 | 105.723.670 |
| *BA0430* | *B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG* | 67.344.564 | 66.000.000 | 69.946.261 |
| *BA0440* | *B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS* | 16.907.128 | 17.000.000 | 19.735.001 |
| *BA0450* | *B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale* | 15.716.221 | 19.000.000 | 15.830.553 |
| *BA0460* | *B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)* | 169.609 | 250.000 | 211.854 |
| BA0470 | B.2.A.1.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 220.450 | 195.181 | 220.450 |
| BA0480 | B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale | 606.499 | 507.916 | 606.499 |

*Tab. 20: Costi servizi sanitari per medicina di base*

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| *BA0010* | ***B.1) Acquisti di beni*** | **242.857.137** | **222.160.000** | **235.701.703** |
| BA0020 | **B.1.A) Acquisti di beni sanitari** | **240.170.353** | **218.590.000** | **233.521.550** |
| **BA0030** | B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati | 187.291.877 | 168.400.000 | 171.488.767 |
| ***BA0040*** | *B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali* | 182.094.053 | 163.000.000 | 167.031.603 |
| ***BA0050*** | *B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC* | 1.103.484 | 2.900.000 | 833.132 |
| ***BA0051*** | *B.1.A.1.3) Ossigeno e altri gas medicali* | 4.094.339 | 2.500.000 | 3.624.032 |
| ***BA0060*** | *B.1.A.1.4) Emoderivati di produzione regionale* | - | - | - |
| **BA0210** | B.1.A.3) Dispositivi medici | 41.799.104 | 38.500.000 | 50.103.470 |
| **BA0250** | B.1.A.4) Prodotti dietetici | 2.637.110 | 2.500.000 | 2.561.377 |
| **BA0260** | B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini) | 8.120.874 | 7.500.000 | 8.203.578 |
| **BA0270** | B.1.A.6) Prodotti chimici | 8.444 | 30.000 | 10.895 |
| **BA0280** | B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario | 290.239 | 260.000 | 389.457 |
| **BA0290** | B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari | 22.706 | 1.400.000 | 764.006 |
| **BA0300** | B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | - | - | - |
| BA0310 | **B.1.B) Acquisti di beni non sanitari** | **2.686.784** | **3.570.000** | **2.180.153** |

*Tab. 21: beni sanitari*

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| **BA0400** | **B.2.A) Acquisti servizi sanitari** | **1.024.211.989** | **979.749.797** | **1.032.127.339** |
| BA0410 | B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base | 100.964.471 | 102.953.097 | 106.550.619 |
| BA0490 | B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica | 127.165.209 | 128.249.237 | 131.555.529 |
| BA0530 | B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 163.499.576 | 154.830.809 | 160.991.315 |

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| BA0640 | B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa | 46.119.602 | 46.097.026 | 47.346.760 |
| BA0700 | B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa | 15.592.497 | 16.000.000 | 15.761.240 |
| BA0750 | B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica | 9.423.999 | 9.500.000 | 11.987.910 |
| BA0800 | B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 417.058.085 | 388.848.227 | 419.207.052 |
| BA0900 | B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 11.069.559 | 10.000.000 | 10.988.456 |
| BA0960 | B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F | 57.810.171 | 54.619.967 | 59.824.324 |
| BA1030 | B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione | 1.626.069 | 1.654.674 | 1.626.069 |
| BA1090 | B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario | 8.901.190 | 7.496.760 | 9.072.261 |
| BA1140 | B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria | 18.745.136 | 18.000.000 | 21.646.534 |
| BA1200 | B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia) | 2.594.620 | 2.500.000 | 2.124.708 |
| BA1280 | B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari | 29.720.386 | 32.000.000 | 26.422.290 |
| BA1350 | B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie | 10.564.217 | 6.500.000 | 5.240.866 |
| BA1490 | B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | 3.357.202 | 500.000 | 1.781.407 |

*Tab. 22: costi servizi sanitari*

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| **BA1560** | **B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari** | **55.863.854** | **44.430.000** | **56.895.226** |
| ***BA1570*** | ***B.2.B.1) Servizi non sanitari*** | **53.514.112** | **41.380.000** | **54.901.071** |
| BA1580 | B.2.B.1.1) Lavanderia | 2.658.297 | 3.000.000 | 2.905.942 |
| BA1590 | B.2.B.1.2) Pulizia | 13.194.913 | 12.500.000 | 13.160.066 |
| BA1600 | B.2.B.1.3) Mensa | 6.792.951 | 6.780.000 | 6.771.260 |
| *BA1601* | *B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti* | 4.304.575 | 4.980.000 | 4.649.452 |
| *BA1602* | *B.2.B.1.3.B) Mensa degenti* | 2.488.376 | 1.800.000 | 2.121.808 |
| BA1610 | B.2.B.1.4) Riscaldamento | - | - | 1.166.414 |
| BA1620 | B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica | 1.336.219 | 1.200.000 | 1.944.098 |
| BA1630 | B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari) | 1.269.283 | 1.700.000 | 1.718.602 |
| BA1640 | B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti | 799.700 | 1.200.000 | 1.219.587 |
| BA1650 | B.2.B.1.8) Utenze telefoniche | 1.592.592 | 1.500.000 | 1.325.108 |
| BA1660 | B.2.B.1.9) Utenze elettricità | 7.267.279 | 2.000.000 | 6.860.093 |
| BA1670 | B.2.B.1.10) Altre utenze | 781.026 | 2.000.000 | 320.738 |
| BA1680 | B.2.B.1.11) Premi di assicurazione | 1.771.575 | 1.300.000 | 1.905.710 |
| BA1710 | B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari | 16.050.275 | 8.200.000 | 15.603.453 |
| ***BA1750*** | ***B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie*** | **2.185.231** | **3.000.000** | **1.582.484** |
| ***BA1880*** | ***B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)*** | **164.512** | **50.000** | **411.671** |

*Tab. 23: Costi servizi non sanitari*

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| **BA0490** | **B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica** | **127.165.209** | **128.249.237** | **131.555.529** |
| *BA0500* | *B.2.A.2.1) - da convenzione* | 119.719.037 | 122.000.000 | 124.109.357 |
| *BA0510* | *B.2.A.2.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale* | 5.943.904 | 5.015.383 | 5.943.904 |
| *BA0520* | *B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)* | 1.502.268 | 1.233.854 | 1.502.268 |
| **BA0960** | **B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F** | **57.810.171** | **54.619.967** | **59.824.324** |
| *BA0970* | *B.2.A.9.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale* | 39.204.486 | 37.405.659 | 39.204.486 |
| *BA0990* | *B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)* | 8.382.435 | 6.214.308 | 8.382.435 |
| *BA1000* | *B.2.A.9.4) - da privato (intraregionale)* | 10.223.250 | 11.000.000 | 12.237.403 |

*Tab. 24: Costi servizi farmaceutica, Riabilitativa e assistenza ospedaliera*

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| **BA0530** | **B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale** | **163.499.576** | **154.830.809** | **160.991.315** |
| *BA0540* | *B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)* | 31.245.705 | 27.011.399 | 31.245.705 |
| *BA0560* | *B.2.A.3.5) - da pubblico (Extraregione)* | 16.942.806 | 16.242.942 | 16.946.595 |
| *BA0570* | *B.2.A.3.7) - da privato - Medici SUMAI* | 23.614.932 | 24.058.218 | 23.832.370 |
| *BA0580* | *B.2.A.3.8) - da privato* | 91.554.843 | 87.518.250 | 88.958.336 |

| CODICE | VOCE MODELLO CE | Bilancio 2023 (Consuntivo) | Bilancio 2024 (Previsionale) | Bilancio 2024 (Pre-Closing) |
|---|---|---|---|---|
| *BA0620* | *B.2.A.3.8.G) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati* | 91.554.843 | 87.518.250 | 88.958.336 |
| **BA0640** | **B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa** | **46.119.602** | **46.097.026** | **47.346.760** |
| *BA0650* | *B.2.A.4.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)* | 7.981.921 | 7.192.026 | 7.981.921 |
| *BA0660* | *B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)* | - | 1.000.000 | - |
| *BA0670* | *B.2.A.4.3) - da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione* | 54.218 | - | 26.325 |
| *BA0680* | *B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)* | 37.605.300 | 37.605.000 | 38.908.000 |
| *BA0690* | *B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)* | 478.163 | 300.000 | 430.514 |
| **BA0800** | **B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera** | **417.058.085** | **388.848.227** | **419.207.052** |
| *BA0810* | *B.2.A.7.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)* | 175.923.679 | 169.990.990 | 175.923.679 |
| *BA0820* | *B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)* | - | - | - |
| *BA0830* | *B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)* | 58.928.110 | 54.230.748 | 58.928.110 |
| *BA0840* | *B.2.A.7.4) - da privato* | 182.206.296 | 164.626.490 | 184.355.263 |
| *BA0890* | *B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)* | - | - | - |

*Tab. 25: Costi servizi Riabilitazione, Spec. ambulatoriale e ricoveri*

# 2. Valore pubblico

## 2.1 Valore Pubblico: definizione

Nell'attuale contesto economico-sociale, la risposta alle esigenze del SSN può essere data dalla definizione di Valore Pubblico: un ente genera **Valore Pubblico** quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.[1]

Il Valore Pubblico, «ovvero **il miglioramento del livello di benessere economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi pubblici** rispetto alle condizioni di partenza»[2] da intendersi come scopo ultimo dell'attuazione delle politiche pubbliche è stato introdotto grazie agli aggiornamenti normativi in materia di *performance*, a partire dalle modifiche apportate nel 2017 al D.Lgs. 27 ottobre 2009 n.50.

Per valore pubblico nel settore sanitario si intende l'insieme di effetti positivi, sostenibili e duraturi nell'assistenza socio-sanitaria determinata dall'azione convergente delle aziende sanitarie pubbliche, delle strutture private accreditate e degli stakeholder.

La capacità amministrativa degli attori pubblici di costruire valore pubblico e la fiducia della comunità sono condizioni essenziali e ricorrenti.
"L'ANAC, inoltre, sostiene che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del **valore pubblico**, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi."
Ad avviso dell'ANAC va privilegiata una nozione ampia di **valore pubblico** intesa, come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di un servizio", e ribadisce che "si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili, ma comprensivo anche di quelli socio-economici, che ha diverse sfaccettature e copre varie dimensioni del vivere individuale e collettivo".
In altre parole "**le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico ma, nello stesso tempo, sono esse stesse produttive di valore pubblico, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese**".

[1] Il Valore Pubblico. Enrico Deidda Gagliardo
[2] Dipartimento della Funzione Pubblica, Linee guida per il Piano della performance – Ministeri, N. 1, giugno 2017.

La Missione dell'Azienda è di contribuire agli obiettivi di promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, che si trovano nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto:

- Dei *principi di dignità della persona;*
- Del *bisogno di salute;*
- Della *sicurezza delle strutture;*
- Dell'*equità nell'accesso ai servizi;*

Avvalendosi delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e uniformando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.
In riferimento alle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie ad essa delegate dai Comuni, ai sensi dell'art.3 D.Lgs. 502/92, l'Azienda assume i principi sopraddetti assicurando il rispetto dei contenuti degli specifici Piani di Zona e promuovendo con il mondo dell'associazionismo e del volontariato, le modalità del lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà.
Un modello di misurazione del Valore Pubblico potrebbe essere rappresentato dalla Piramide del Valore Pubblico, proposto dal Prof. Enrico Deidda Gagliardo. Tale framework, con un'architettura piramidale, è articolato in **diverse dimensioni della performance** misurate attraverso specifici indicatori.

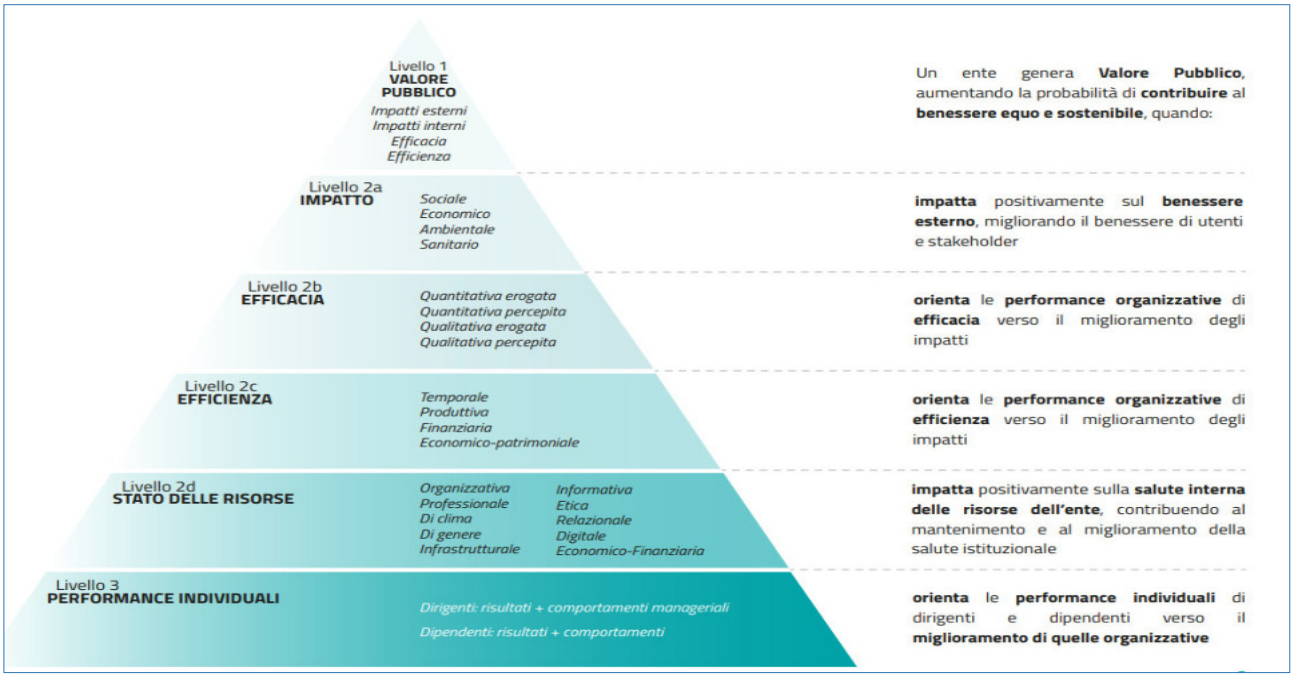



*Fig.26: Fonte: La Piramide del Valore Pubblico, Centro di Ricerca sul Valore Pubblico (CERVAP)*

## 2.2 Scenario economico-sociale

La disponibilità di buoni servizi sanitari in un Paese costituisce un elemento fondamentale per garantire un adeguato stato di salute alla popolazione e, conseguentemente, un elevato livello di benessere sociale. D'altra parte, il miglioramento dello stato di salute e l'elevata aspettativa di vita di cui oggi godiamo hanno avuto il loro costo. Un costo che finora siamo riusciti a pagare, ma che forse nei prossimi anni non potremo più permetterci, viste le attuali condizioni della finanza pubblica, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle

patologie croniche e dei tassi di obesità (soprattutto tra i minori). [3] Infatti i bassi tassi di mortalità e fertilità hanno reso l'Italia uno dei Paesi più "anziani" al mondo. Il futuro demografico in Italia restituisce un potenziale quadro di crisi[4]:

- 50,7 anni: L'età media della popolazione nel 2050 (45,7 anni nel 2020);
- 2048: L'anno in cui i decessi potrebbero raddoppiare le nascite (784 mila contro 391 mila);
- 10,3 milioni: Le persone destinate a vivere da sole nel 2040 (8,6 milioni nel 2020).

Nel dibattito nazionale, infatti, molti hanno iniziato a domandarsi se il nostro sistema sanitario risulterà essere sostenibile finanziariamente anche per gli anni a venire, e, soprattutto, se riuscirà a fornire cure adeguate ai cittadini. In uno scenario di risorse scarse la principale soluzione discussa risulta essere "il miglioramento dell'efficienza del sistema"; tale approccio presenta una visione miope, in quanto porterebbe sì ad una diminuzione della spesa corrente, ma non risolverebbe il trend di lungo periodo.

Il prossimo triennio 2025/2027 rappresenta per la Sanità Pubblica un periodo di svolta, nel quale saranno concretizzate le Misure e le Azioni previste dal PNRR, Missione 6, tese alla standardizzazione e al potenziamento della Medicina Territoriale. In tal senso i Distretti Sanitari e i Dipartimenti Strutturali dovranno ricollocare la loro attività nelle nuove forme organizzative previste dal DM 77/2022, per consentire il transito da un'attività di Medicina d'attesa ad una di Iniziativa o, meglio, Proattiva.

La transizione demografica, tecnologica, post pandemica, hanno necessariamente condotto ad una rivalutazione del potenziale della Medicina Territoriale che deve trovare, nei nuovi luoghi di erogazione, ma soprattutto nel domicilio del paziente, la nuova formula per garantire la continuità delle cure.

Nuove attività dovranno necessariamente transitare dall'Ospedale al Distretto, nuove sentinelle territoriali dovranno essere attivate nelle Case della Comunità per potenziare l'area assistenziale più trascurata, meno costosa ma potenzialmente più redditizia nel tempo: la Promozione della salute e la Prevenzione primaria e Secondaria, per la riduzione delle cronicità.

Le cronicità sono la sfida prioritaria su cui si gioca la sostenibilità del SSN che trova come contraltare proprio la Prevenzione.

Questi sono i due grossi temi su cui la Medicina Territoriale del prossimo triennio deve trovare risposte e soluzioni: la tecnologia innovativa, le grandi macchine, la digitalizzazione, la telemedicina, saranno i principali strumenti con cui attuare la sfida che vede sempre, al centro il paziente con bisogni multipli e complessi e l'operatore sanitario, in continua formazione ed evoluzione.

D'altra parte, le innovazioni farmaceutiche, la ricerca, la diagnostica permettono una medicina sempre più personalizzata ed individualizzata, che necessita di particolare appropriatezza prescrittiva e responsabilità d'uso, per cui la previsione di un Piano assistenziale Individuale, come sancito nel DM 77/2022 ben risponde a questa aspettativa di cura costruita sulla singola persona.

La Sanità Territoriale dovrà quindi muoversi, anche in ASL Caserta, su queste direttrici fondamentali:

- Ristrutturazione e costruzione di nuove sedi di erogazione territoriali
- Potenziamento tecnologico e digitale
- Proiezione dell'assistenza verso il domicilio del paziente
- Formazione continua degli operatori sanitari
- Coinvolgimento dei MMG/PLS in forma attiva e collaborante, in tutt'uno con gli Specialisti Ambulatoriali e la Continuità Assistenziale per ridurre gli afflussi impropri in Ospedale, per ridurre le complicanze delle malattie croniche, per far emergere le patologie sommerse prima che esse diventino complicate.

La ASL Caserta ha programmato, di concerto con la Regione Campania, la realizzazione di:

- Case di Comunità
- Ospedali di Comunità
- C.O.T

[3] La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN. Fondazione FarmaFactoring
[4] Report Previsioni demografiche. Istat - 2021

## *2.3 Principali Obiettivi di Valore Pubblico attesi*

L'ASL Caserta individua negli operatori e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa su cui basare l'eticità, l'accoglienza, l'umanizzazione ed un approccio olistico alla cura.
I principi fondanti sono:

- centralità del cittadino-utente come riferimento su cui orientare le scelte e la definizione delle priorità di intervento;
- tutela delle fragilità e rispetto delle diversità attraverso la costante lettura delle necessità e specificità dell'individuo da parte di chi opera in Azienda;
- importanza del patrimonio professionale come elemento di crescita culturale e professionale a garanzia dei percorsi assistenziali realizzati con l'apporto fondamentale delle Associazioni del volontariato;
- innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico per sostenere i mutamenti di contesto;
- Formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale per il miglioramento delle attività clinico-assistenziali;
- Qualità, rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente come impegno attivo attraverso l'analisi delle condizioni organizzative;

Inoltre, in materia di obiettivi strategici l'Azienda tiene conto delle indicazioni nazionali e di quelle regionali, in particolar modo fa riferimento a:

- Il Nuovo Sistema di Garanzia e la Griglia LEA
- Gli indicatori di esito nazionale (PNE) e regionali

Nell'ambito della creazione del valore pubblico a favore della collettività si sottolineano, in particolare ,le azioni aziendali di cui sotto :

- Azioni Positive per promuovere la parità, la non discriminazione e il benessere lavorativo;
- Tematiche ESG (Environmental, Social, Governance) - sostenibilità in Azienda Sanitaria;
- Campagna Aziendale di Sensibilizzazione sul Risparmio Energetico;
- Accessibilità digitale;
- Ottimizzazione delle dotazioni strumentali;
- Procedure e processi da re-ingegnerizzare;
- Governo liste di attesa.

Ed inoltre:

- ***La messa in atto***, da parte dei Dipartimenti Strutturali e delle Aree di Coordinamento, degli strumenti operativi previsti dal governo clinico, quali i ***Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)*** per singole problematiche assistenziali e ***i percorsi di cura personalizzati***;
- Una ***più intensa alleanza pubblico-privato*** per la riprogettazione congiunta dell'innovazione nell'assistenza territoriale;
- Il ruolo delle **reti assistenziali** in particolare di quelle connesse alle **malattie croniche** e all'integrazione territorio-ospedale e i diversi strumenti di governo clinico utilizzati, in un'ottica di forte inter-settorialità.
- La **prevenzione** come **Mission.**
- La sorveglianza epidemiologica

Una corretta e non generica sorveglianza epidemiologica mirata si concretizza attraverso:

- Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
- Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;

- Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.

Quelli sopra enunciati sono solo alcuni degli obiettivi che l'Azienda prevede per il miglioramento dello stato di salute dei suoi assistiti con il triplice obiettivo di migliorare l'efficienza del sistema, migliorare la qualità della vita e ridurre i costi.

**Per gli altri obiettivi si rinvia alla sezione della Performance.**

L'insieme degli obiettivi enunciati nella sezione della Performance mirano complessivamente all'incremento del benessere economico, sociale, assistenziale e ambientale a favore di tutti i cittadini e del tessuto produttivo.

## *2.4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) -Componente 1*

In data 30/04/2021 l'Italia ha presentato alla Commissione Europea il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che contiene 6 Missioni tra cui la Missione 6 "Salute", di interesse del Servizio Sanitario Nazionale, Componente 1 (Reti di prossimità). Il Piano è stato definitivamente approvato il 13/07/2021 con decisione di esecuzione del Consiglio Europeo. Con il D.L. 6 maggio 2021, n. 59 l'Italia ha poi approvato, al fine di raggiungere gli obiettivi del PNRR, il Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC).

Il PNRR è un programma "performance-based" e non di spesa, incentrato sul raggiungimento di Milestones e targets (M&T) entro una tempistica prefissata e inderogabile.

La Missione 6 "Salute" del PNRR mira a potenziare e orientare il SSN e, dunque, a migliorarne l'efficacia per rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica.

Per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e dalle Provincie autonome è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Campania il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) avente ad oggetto la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR -Missione 6. Componente 1 e 2.

La Missione richiamata è articolata nelle seguenti Componenti:

- Componente 1: "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale";
- Componente 2: "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN".

Con D.G.R. 6 aprile 2022, n. 177 la Regione Campania ha acquisito le risorse del PNRR e del PNC, assegnate dal Ministero della Salute e destinate alla realizzazione di interventi riferiti alla Missione 6 Componente 1, per le seguenti linee di intervento:

1.1 Case della Comunità (CdC);

1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT);

1.3 Ospedali della Comunità (OdC).

Nello specifico:

Le Case della Comunità rappresentano il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito;

le Centrali Operative Territoriali (COT) svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, che facilitano l'orientamento tra i servizi della rete di offerta sociosanitaria. La COT ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali;

gli Ospedali di Comunità sono strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità come definita dalla LR 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), afferente alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. L'OdC ha la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi idonei al prevalere dei bisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e prossimi al domicilio. Si caratterizza per ricoveri brevi a gestione prevalentemente infermieristica e con assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Con D.G.R. 24 maggio 2022, n. 249 la Regione Campania ha approvato il Piano Operativo Regionale definitivo, contenente, per ciascun investimento, gli Action Pian e le schede dei singoli interventi, con delega alle Aziende ed Enti del SSR, tra cui l'ASL Caserta, dell'esercizio delle competenze relative all'avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi contenuti nel piano, fatta salva la competenza della Regione Campania – quale Soggetto attuatore – per tutte le attività di regia, coordinamento e monitoraggio fisico e finanziario, della rendicontazione degli interventi e di tutti gli altri compiti previsti e non delegati.

In data 30/05/2022 è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Campania il Contratto Istituzionale di Sviluppo {CIS) avente ad oggetto la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR – Missione 6 – Componente 1 e 2.

In tale contesto, l' Asi di Caserta è, dunque, uno degli Enti del Servizio sanitario regionale ai quali è stata affidata parte dell'attuazione del progetto finanziato dal PNRR come previsto dall'art. 9 del D.L. 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n.108. Le relative competenze dell'Azienda sanitaria sono state formalizzate nell'ambito dell'accordo sottoscritto tra Regione Campania ed ASL Caserta in data 6/9/2023.

Per tutto quanto sopra, l'ASL Caserta sta realizzando molteplici interventi attuativi del PNRR. Per opportune esigenze di sintesi, si riportano di seguito gli interventi, già avviati o da avviare, finanziati a valere sulle risorse PNRR, con i relativi importi stimati come risultanti da Quadro economico dei Progetti di Fattibilità Tecnica ed Economica approvati nell'aprile 2023 con distinte deliberazioni del Direttore Generale.

| **INTERVENTI FINANZIATI DAL PNRR ASL CASERTA** | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | CDC | MARCIANISE | 1.307.857,95 € |
| 2 | | S.M.C.V. | 1.822.765,69 € |
| 3 | | PIEDIMONTE MATESE | 1.804.869,00 € |
| 4 | | SAN FELICE A C. | 1.640.790,00 € |
| 5 | | CERVINO | 1.489.063,94 € |
| 6 | | MONDRAGONE | 1.825.661,88 € |
| 7 | | SAN MARCELLINO | 1.296.887,42 € |
| 8 | | CASERTA | 1.813.984,50 € |
| 9 | | ROCCAROMANA | 996.894,81 € |
| 10 | | AVERSA | 1.411.615,00 € |
| 11 | | GRAZZANISE | 1.824.744,32 € |
| 12 | | CAIAZZO | 1.360.913,35 € |
| 13 | | CELLOLE | 1.238.676,62 € |
| 14 | | SANT'ARPINO | 1.167.018,84 € |
| 15 | | FONTEGRECA | 749.535,58 € |
| 16 | | CASTEL VOLTURNO | 1.356.153,01 € |
| 17 | | MIGNANO MONTE LUNGO | 712.633,41 € |
| 18 | | ROCCAMONFINA | 1.190.938,23 € |
| 19 | | SAN TAMMARO | 1.291.362,50 € |
| 20 | | CARINARO | 1.293.632,62 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21 | | MADDALONI | 2.226.762,72 € |
| 22 | | CANCELLO ED ARNONE | 1.750.232,80 € |
| 23 | | CASAGIOVE | 2.454.505,07 € |
| 24 | | CAPUA | 574.440,24 € |
| 25 | | PARETE | 1.106.518,70 € |
| 26 | | S.M. A VICO | 1.239.811,58 € |
| 27 | | VAIRANO P. | 1.966.363,50 € |
| 28 | | SAN CIPRIANO DI A. | 988.714,91 € |
| 29 | | FRIGNANO | 516.914,38 € |
| 30 | | AVERSA | 1.081.986,83 € |
| 31 | COT | AVERSA | 228.869,84 € |
| 32 | | ROCCAROMANA | 134.967,46 € |
| 33 | | MARCIANISE | 206.040,46 € |
| 34 | | SAN FELICE A CANCELLO | 179.859,70 € |
| 35 | | MONDRAGONE | 147.785,41 € |
| 36 | | SAN CIPRIANO DI AVERSA | 168.530,40 € |
| 37 | | AVERSA | 175.149,70 € |
| 38 | | CAIAZZO | 166.207,71 € |
| 39 | | ROCCAMONFINA | 141.841,66 € |
| 40 | | CAPUA | 160.665,72 € |
| 41 | | CASERTA | 137.644,56 € |
| 42 | ODC | MARCIANISE | 2.141.524,50 € |
| 43 | | S.M.C.V. | 2.113.338,10 € |
| 44 | | PIEDIMONTE MATESE | 2.508.115,00 € |
| 45 | | SAN FELICE | 2.334.650,00 € |
| 46 | | MONDRAGONE | 2.113.338,10 € |
| 47 | | SAN MARCELLINO | 2.138.145,07 € |
| 48 | | CASERTA | 2.523.307,50 € |
| 49 | | ROCCAROMANA | 1.708.093,64 € |
| 50 | OSP | OSPEDALE SICURO P.O. MADDALONI | 7.400.000,00 € |
| **TOTALE** | | | **68.330.323,93 €** |

*Tab. 26: Interventi finanziati dal PNRR Asl Caserta*

In Celeste = n. 8 Ospedali di Comunità (ODC)
In Verde = n.11 COT
In Giallo = n. 30 Case di Comunità (CdC)
In Grigio = n.1 Ospedale Sicuro PO Maddaloni

Si riporta in sintesi alcune misure ed atti attuati nell'ambito del Programma Triennale e annuale delle Opere Finanziate dal PNRR.

- Delibera n. 695 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Aversa via S. Lucia;
- Delibera n. 696 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Caiazzo;
- Delibera n. 697 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Caserta;
- Delibera n. 698 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Aversa via Di Giacomo;
- Delibera n. 699 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Mondragone;
- Delibera n. 700 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Capua;

- Delibera n. 701 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT San Cipriano D'Aversa;
- Delibera n. 702 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT San Felice a Cancello;
- Delibera n. 703 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Marcianise;
- Delibera n. 704 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Roccamonfina;
- Delibera n. 880 del 27/12/2022: approvazione documentazione e indizione gara Ospedale Sicuro;
- Delibera n. 872 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Caiazzo;
- Delibera n. 873 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Roccamonfina;
- Delibera n. 874 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT San Felice a Cancello;
- Delibera n. 875 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Aversa via S. Lucia;
- Delibera n. 876 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Mondragone;
- Delibera n. 878 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Capua;
- Delibera n. 879 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Caserta;
- Delibera n. 880 del 27/12/2022: approvaz. Progetto esecuzione e indizione gara COT San Cipriano D'Aversa;
- Delibera n. 881 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Marcianise;
- Delibera n. 900 del 30/12/2022: approvazione PFTE Cdc Caiazzo;
- Delibera n. 901 del 30/12/2022: approvazione PFTE Cdc Monoblocco B Aversa – ex complesso La Maddalena;
- Delibera n. 902 del 30/12/2022: approvazione progetto esecutivo e indizione gara CDC Frignano;
- Delibera n. 903 del 30/12/2022: approvazione progetto esecutivo e indizione gara CDC San Cipriano D'Aversa.

1.5 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'ex Presidio Ospedaliero di Marcianise -D.S. N. 16 – CIG 9647738D3F - 206.040,46€

1.6 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso il Poliambulatorio in Via Degli Oleandri, 85 di Mondragone nel D.s. n. 23 – CIG 9647778E41 - 147.785,41€

1.7 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'albergo per anziani in Via Fosse di San Felice a Cancello -D.S. N. 13 – CIG 9642257232 - 179.859,7€

1.8 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Poliambulatorio in Via Buonarroti,57 di San Cipriano di Aversa -D.S. N. 20 – CIG 96423449FB - 168.530,4€

1.9 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Monoblocco B, Via Santa Lucia, 30 -D.S. N. 17 – CIG 9645487BAA - 175.149,7€

1.10 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Struttura Comunale in Via S.P. 330 di Caiazzo -D.S. N. 15 – CIG 96480617CD - 166.207,71€

1.11 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Immobile di Proprietà Comunale in Piazza N. Amore di Roccamonfina -D.S. N. 14 – CIG 9642290D6A - 141.841,66€

1.12 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'ex Presidio Ospedaliero Via F. Palasciano, 1 -D.S. N. 22 – CIG 9648089EE6 - 160.665,72€

1.13 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Centrale 118 in Via Collecini Caserta -D.S. N. 12 – CIG 9656808A0D - 137.644,56€

1.14 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE- Lavori di realizzazione di una Casa di Comunita' (CDC) presso il Poliambulatorio sito in via Ferdinando Tessitore in Frignano – D. S. N. 19 – CIG 96475577E3 - 516.914,38€

1.15 PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Casa di Comunità (CdC) presso il Poliambulatorio di San Cipriano di Aversa in Via Michelangelo Buonarroti - D.S. n. 20 – CIG 9647506DCB - 988.714,91€

1.16 PNRR M6 C1 I 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona – Appalto di Progettazione ed esecuzione dei lavori di realizzazione di una Casa di Comunità in Aversa Monoblocco B – Ex complesso La Maddalena – CIG 9647411F65 - 1.081.986,83 €

1.17 Procedura aperta per l'affidamento dell'appalto di progettazione ed esecuzione dei lavori di adeguamento/miglioramento sismico del PO di Maddaloni – CIG 957065525B - 5.331.043,36 €

Ed inoltre

Art. 20 L. n. 67/88 – procedura aperta per l'appalto di progettazione ed esecuzione dei Lavori di Ulteriore completamento, messa a norma e adeguamento complessivo del PO di Marcianise – CIG 97222026E4- Euro 24.079.924,88

Procedura aperta per l'appalto di servizi di prevenzione della legionella mediante pulizia e sanificazione degli impianti aeraulici e trattamento dell'acqua sanitaria calda ad uso dei Presidi Ospedalieri dell'ASL Caserta – CIG 9594631BF7- Euro 3.205.451,63

Procedura aperta per l'affidamento di "Lavori di adeguamento e rilocazione della cabina elettrica a servizio del PO di Piedimonte Matese" – CIG 9499998E57 -Euro 1-495.461,83

### Art. 20 L. 67/88 III fase II Stralcio

- *Completamento lavori di messa a norma adeguamento complessivo ed ampliamento del P.O. di Marcianise;*
  - Delibera n. 243 del 21/02/2022 – Approvazione Progetto Definitivo;
  - Delibera n. 485 del 17/03/2023 – Approvazione atti e indizione gara;
- *Lavori di realizzazione del nuovo Ospedale di Sessa Aurunca;*
  - Delibera n. 125 del 02/02/2023 – Aggiudicazione verifica preventiva della progettazione definitiva ai sensi dell'ex art. 26 del D.Lgs. 50/2016;
  - 14/03/2023 – Contratto per verifica preventiva Repertorio n. 489.
  - Delibera n. 1207 del 11/07/2023 – Conclusione positiva della conferenza dei servizi decisoria per l'approvazione del progetto definitivo;
  - Delibera n. 1673 del 29/09/2023 – Approvazione del progetto definitivo;
  - Delibera 1265 del 21/07/2023 – Presa atto dell'iter espropriativo posto in essere ai fini della realizzazione del nuovo P.O.

### Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio

- *Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Aversa;*

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa *a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Aversa con approvazione di n. 3 sal nel 2022 e di n. 5 SAL nel 2023;*

- *Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Maddaloni;*

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa *a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Maddaloni con approvazione di n. 3 SAL nel 2023*

- *Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. San Felice a Cancello;*

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa *a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di SFLC con approvazione di n. 1 SAL nel 2022 e di n. 2 SAL nel 2023;*

- *Lavori di ristrutturazione dell'ex P.O. Palasciano di Capua per riconversione in Ospedale di Comunità di n. 20 posti letto e ristrutturazione della Diagnostica per immagini;*

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa *a norma strutturale, funzionale ed impiantistico* dell'ex P.O. Palasciano di Capua per riconversione in Ospedale di Comunità di n. 20 posti letto e ristrutturazione della Diagnostica per immagini *con approvazione di n. 1 SAL nel 2023*

- *Hospice di San Felice a Cancello.*

Ad Ottobre 2022 è stata avviata l'attività Sanitaria per n. 10 posti letto.

### Residui Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio

- *Lavori di completamento degli interventi di efficientamento energetico del P.O. di Piedimonte Matese;*

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori di completamento degli interventi di efficientamento energetico del P.O. di Piedimonte Matese *con approvazione di n. 2 sal nel 2022 e di n. 1 SAL nel 2023.*

### Art. 20 L. 67/88 IV fase

- *Lavori di realizzazione del nuovo ospedale di Capua Vetere et Nova;*

Nel 2022 è stato avviato l'iter Tecnico-Amministrativo per l'individuazione dell'area di realizzazione dell'intervento.

Nel 2023 sono stati chiusi i tavoli tecnici con il Demanio, la Regione Campania ed il Ministero della Difesa per l'individuazione delle aree di intervento da parte degli Enti Locali coinvolti.

- *Lavori di realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica nell'area del P.O. di Aversa.*

Nel corso del 2022 è stato avviato l'iter Tecnico-Amministrativo per l'affidamento del servizio di progettazione di Fattibilità Tecnico Economica rafforzata.

### Ulteriori interventi e progettualità del 2024

**Art. 20 L. 67/88 III fase II Stralcio:**

- *Completamento lavori di messa a norma adeguamento complessivo ed ampliamento del P.O. di Marcianise;*
  Procedura aggiudicata. – Importo € 31.000.000,00 – Progetto esecutivo in corso di redazione;

- *Lavori di realizzazione del nuovo Ospedale di Sessa Aurunca;*
  Procedura di gara per appalto integrato. – Importo € 110.985.840,32 – Procedura in corso di espletamento;

- Lavori di messa a norma e adeguamento di una parte del complesso denominato "LA MADDALENA" di Aversa da destinare a "CITTADELLA DELLA SALUTE" per attività rivolte a soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze;
  Procedura di gara per appalto integrato. – Importo € 10.000.000,00 - Procedura in corso di espletamento;

**Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio:**

- *Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Aversa;*
  Lavori in Corso – Importo € 4.408.250,48

- *Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Maddaloni;*
  Lavori in Corso – Importo € 2.800.000,00

- *Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. San Felice a Cancello;*
  Lavori in Corso – Importo € 2.013.380,56

- *Lavori di ristrutturazione dell'ex P.O. Palasciano di Capua per riconversione in Ospedale di Comunità di n. 20 posti letto e ristrutturazione della Diagnostica per immagini;*
  Lavori in Corso – Importo € 2.173.072,52

**Residui Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio:**

- *Lavori di completamento degli interventi di efficientamento energetico del P.O. di Piedimonte Matese;*
  Lavori in corso – Importo € 2.767.693,33

**Art. 20 L. 67/88 IV fase:**

- *Lavori di realizzazione del nuovo ospedale di Capua Vetere et Nova;*
  Approvazione del Documento di Indirizzo alla progettazione in corso – Importo € 92.000.000,00

- *Lavori di realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica nell'area del P.O. di Aversa.*
  Progetto di Fattibilità Tecnica ed economica approvato – Importo € 42.000.000,00

**DELIBERA CIPE:**

- *Lavori di realizzazione di una struttura di riabilitazione psichiatrica polivalente residenziale e semiresidenziale nel comune di Francolise;*
  Lavori in corso – Importo € 3.955.433,60

- *Lavori di adeguamento alla normativa antincendio III e IV Fase del P.O. di Piedimonte Matese;*
  Lavori in corso – Importo € 2.360.448,89

**Fondi ASL:**

- *Lavori di adeguamento e rilocazione della Cabina Elettrica a servizio del P.O. di Piedimonte Matese*
  In corso di progettazione – Importo € 2.000.000,00

- *Analisi di Vulnerabilità Sismica ai sensi dell'OPCM 32/74 DEL 20/03/2003 E delle NTC 2018*
  Servizio in corso di ultimazione – Importo € 1.465.272,65

- *Realizzazione seconda sala emodinamica nel P.O. di Aversa*
  Lavori ultimati – Importo € 2.832.869,22

- *Realizzazione del Nuovo Pronto Soccorso con Ampliamento del P.O. di Maddaloni;*
  In Corso – Importo € 3.000.000,00

- *Realizzazione di un'elisuperficie a servizio del P.O. di Piedimonte Matese;*
  In Corso di progettazione

**DGRC 378/2020:**

- *Lavori di realizzazione dei Percorsi differenziati dei PP.OO. di Aversa, Sessa Aurunca, Piedimonte Matese, Marcianise* – Importo € 1.016.263,70

- *Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Marcianise Terapia Intensiva* – Importo € 1.494.437,99

- *Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Santa Maria Capua Vetere Terapia Intensiva* – Importo € 1.192.962,24

- *Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Piedimonte Matese* – Importo € 2.231.430,47

- *Adeguamento della Terapia Intensiva presso il P.O. di Maddaloni* – Importo € 1.424.675,24

- *Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Aversa* – Importo € 2.116.492,92

- *Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Maddaloni* – Importo € 1.581.644,72

Lavori in fase di consegna all'impresa aggiudicataria del Lotto bandito dalla presidenza del Consiglio Dei Ministri

**PNRR:**

- *Lavori di realizzazione di n. 11 Centrali Operative territoriali*
  Di cui n. 9 COT ultimate al 30.09.2024:
  - Marcianise € 206 040,46;
  - San Felice A Cancello € 179 859,70;
  - Mondragone € 147 785,41;
  - San Cipriano Di Aversa € 168 530,40;
  - Aversa € 175 149,70; Caiazzo € 166 207,71;
  - Roccamonfina € 141 841,66;
  - Capua € 160 665,72;
  - Caserta € 137 644,56.

n. 2 COT ultimate al 31.12.2024 in seguito alla rimodulazione da parte del nucleo tecnico del Ministero:
  - Teverola;
  - Santa Maria Capua Vetere.

- *Lavori di realizzazione di n. 8 Ospedali di comunità*
  in corso di approvazione progetto esecutivo:
  - Piedimonte Matese 2 836 646,90 €;
  - Marcianise 2 141 524,50 €;
  - Caserta 2 523 307,50 €;
  - San Marcellino 2 138 145,07 €;
  - Mondragone 2 113 338,10 €;
  - S.M.C.V. 2 113 338,10 €;
  - San Felice A C. 3 410 397,25 €;
  - Roccaromana 2 480 825,65 €

- *Lavori di realizzazione di n. 30 Case di Comunità*
  Di cui n. 3 CDC lavori in corso:
  - San Cipriano Di Aversa € 988 714,91;
  - Frignano€ 516 914,38;
  - Aversa € 1 081 986,83.

  Di cui n. 27 CDC in corso di approvazione progetto esecutivo:
  - Piedimonte Matese 2 017 493,33 €;
  - Cancello Ed Arnone 1 750 232,80 €;
  - San Tammaro 1 291 362,50 €;
  - Marcianise 1 307 857,95 €;
  - Caserta 1 813 984,50 €;
  - San Marcellino 1 296 887,42 €;
  - Grazzanise 1 824 744,32 €;
  - Carinaro 1 293 632,62 €;
  - Mondragone 1 825 661,88 €;
  - S.M.C.V. 1 822 765,69 €;
  - Maddaloni 2 226 762,72 €;

- Vairano P.  1 966 363,50 €;
- S.M. A Vico 1 921 357,38 €;
- Sant'Arpino 1 772 111,26 €;
- Fontegreca 1 168 113,55 €;
- Caiazzo 2 182 447,92 €;
- Casagiove 3 636 041,31 €;
- Parete 1 607 375,80 €;
- San Felice A C. 2 395 703,20 €;
- Cervino 2 138 643,74 €;
- Aversa 2 241 244,00 €;
- Castel Volturno 2 236 063,58 €;
- Roccaromana 1 574 651,72 €;
- Cellole 1 879 742,12 €;
- Roccamonfina 1 964 112,84 €;
- Mignano Monte Lungo 1 193 012,91 €;
- Capua  857 002,37 €.

– *Lavori di adeguamento strutturale dell'ospedale di Maddaloni;*
Lavori in corso - Maddaloni € 7.400.000,00

## 2.5 Accessibilità, reingegnerizzazione dei processi e digitalizzazione

Per realizzare la piena accessibilità, reingegnerizzazione dei processi e la digitalizzazione sono previsti:

- La Transizione Digitale dell'ASL Caserta nei PPOO attraverso la Missione 6 "Salute" del PNRR
- Il Restyling del Sito Aziendale al fine di favorire la maggiore conoscenza per gli utenti delle struttura aziendale, le prestazioni erogate, dei presidi e dei centri erogatori e di orientare l'utente verso le più corrette procedure sul "come fare per" e sul "dedicato a".
- Le misure di facilità per la diretta accessibilità degli utenti ai servizi di prevenzione, scelta e revoca del medico, rilascio della documentazione sanitarie e al Fascicolo Sanitario Elettronico.
- La digitalizzazione dei processi del controllo di gestione, Budget, Obiettivi e Performance

### 2.5.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Transizione Digitale dell'ASL Caserta

L'Asl di Caserta, individua tra gli obiettivi strategici da perseguire, oggetto anche di valutazione della performance, la transizione digitale. Il PNRR, infatti, fa della Transizione Digitale uno dei tre fondamentali assi strategici, dedicando ad essa importanti investimenti in diverse delle 6 Missioni del piano stesso.

Il piano aziendale si pone, come obiettivo primario, la semplificazione e l'accelerazione della digitalizzazione, mettendo a sistema numerose iniziative e progettualità facendo in modo che le competenze digitali siano sempre più patrimonio di tutti i dipendenti dell'azienda.

La strategia che guida la programmazione dell'ASL e che guiderà le azioni poste a valle, in fase di progettazione esecutiva e realizzazione dei processi, si basa sulle seguenti linee di indirizzo:

- Favorire l'organizzazione di servizi mettendo al centro i cittadini e le imprese, attraverso la digitalizzazione dei processi aziendali;
- Promuovere l'innovazione e la digitalizzazione dei servizi delle persone, delle comunità e dei territori nel rispetto della sostenibilità ambientale;
- Tendere alla standardizzazione delle innovazioni tecnologiche nella fornitura dei servizi, così da consentirne la massima fruibilità a cittadini ed imprese;
- Realizzazione dei servizi sanitari per i cittadini, per i professionisti e per le aziende sanitarie, nonché per l'analisi dei dati sanitari per finalità di ricerca e governo;
- Realizzazione di servizi digitali moderni e innovativi disegnati sulla centralità del cittadino, la semplificazione delle interazioni con l'Amministrazione e l'efficienza operativa;

*Con riferimento all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero dell'ASL Caserta, sono stati identificati come destinatari degli interventi i DEA di I° livello del PO di Aversa (S.G. Moscati), PO di Marcianise (Dr.ssa A. Guerriero) e PO di San Rocco Sessa Aurunca.*

La tabella sotto riportata identifica, nella prima colonna, i Presidi Ospedalieri interessati e nella seconda la quota di finanziamento assegnata dalla Regione; l'importo totale della quota di finanziamento riservata all'ASL Caserta è pari ad € 12.231.570,00.

| *Presidio Ospedaliero* | *Quota di finanziamento* |
|---|---|
| ***PO S Giuseppe Moscati Aversa*** | *4.007.719* |
| ***PO Dr.ssa A. Guerriero Marcianise*** | *4.007.719* |
| ***PO S Rocco Sessa Aurunca*** | *4.007.719* |
| **Totale** | ***12.231.570*** |

*Tab. 27: Finanziamenti PNRR*

### *Descrizione sintetica del Progetto*

- L'informatizzazione dell'area clinico-sanitaria, la dematerializzazione della documentazione e l'accessibilità alle informazioni ed ai servizi da qualsiasi punto di accesso alle rete, sono condizioni necessarie per garantire efficienza del servizio sanitario ai cittadini, in particolare attraverso una maggiore digitalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, finalizzata ad abilitare lo sviluppo di servizi evoluti ad alto valore aggiunto per il cittadino (utente del servizio) e per il SSR/SSN;
- In coerenza con gli obiettivi che la PA (centrale e locale) intende perseguire, sono state identificate negli ultimi anni azioni di supporto alla digitalizzazione delle documentazione clinica, all'evoluzione funzionale della piattaforma di sanità elettronica per le quali in molte realtà regionali sono già stati predisposti i componenti tecnologici primari e alla base dei servizi già oggi disponibili (quali: Ricetta dematerializzata, Fascicolo Sanitario Elettronico, Ritiro referti on line, pagamento ticket, cambio medico, etc.);
- L'obiettivo dell'intervento è quello di garantire alla struttura ospedaliera in questione di disporre di un centro di Dipartimenti di emergenza e accettazione – Livello I° e II° - con sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero aziendale.

## *2.5.2 Digitalizzazione dei Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo" Data Analitics e Controllo di Gestione"*

Il progetto "**Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo**" consiste nell'avviare un programma di iniziative volte al **potenziamento e all'integrazione dei sistemi e degli applicativi a supporto dei processi clinico assistenziali.** L'obiettivo è la valorizzazione di quanto ad oggi già presente in azienda in termini di competenze e sistemi, con incremento della tracciabilità e trasparenza dei processi clinico assistenziali nonché del livello di qualità e tempestività del patrimonio informativo, il tutto contestualmente all'ampliamento del perimetro delle conoscenze alle informazioni attualmente presidiate in alcuni casi solo parzialmente.
L'intervento è **finalizzato all'implementazione di nuove soluzioni applicative** per l'automatizzazione dei processi di raccolta, analisi e controllo di tutti i flussi informativi che alimentano il controllo di gestione aziendale.
La Business Intelligence proposta è un processo multidisciplinare che, trasformando i dati in informazioni, consentirà alle figure apicali dell'Azienda di poter disporre di strumenti affidabili per il monitoraggio delle performance e la definizione delle strategie aziendali.




*Fig. 27: Obiettivi e risultati attesi*

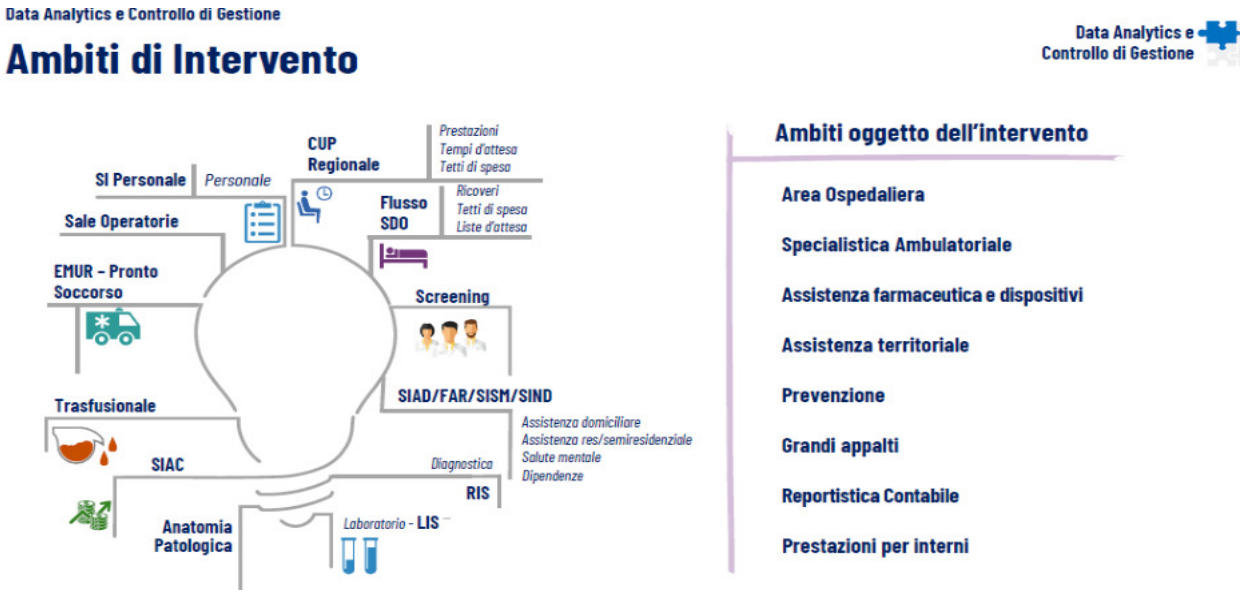



*Fig.28: Ambiti di intervento*

L'Azienda ha avviato, al fine di ottemperare allo sviluppo operativo delle attività progettuali, le seguenti attività:

**Assessment dei processi di alimentazione dei flussi informativi sanitari**

Gli strumenti di monitoraggio dei processi clinico-assistenziali consentono di trasformare i dati in informazioni con l'obiettivo di supportare le figure apicali dell'Azienda nella definizione delle strategie aziendali e nelle attività di programmazione dell'assistenza sanitaria. L'evoluzione di questi strumenti ha come prerequisito essenziale la disponibilità di processi in ambito clinico-assistenziale correttamente alimentati sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, con anagrafiche standardizzate e tempistiche omogenee.

Con l'obiettivo di individuare le possibili criticità di alimentazione, è stata condotta un'attività di assesment delle fonti dati necessarie per l'analisi delle performance clinico-assistenziali con l'obiettivo di pervenire immediatamente all'individuazione delle situazioni più critiche e rivedere, laddove necessario, il processo di acquisizione delle informazioni.

Nell'ambito dell'attività di assesment si è provveduto a:

- **Definire i processi in ambito e le fonti alimentanti** e individuare i **responsabili** di processo da coinvolgere nelle attività di analisi;

- **Individuare le principali evidenze e le eventuali criticità di processo**, tracciate come "issue" che richiedono azioni di carattere correttivo.

L'attività in oggetto ha consentito di disporre di procedure affidabili per la rilevazione dei dati sanitari necessari per la predisposizione della reportistica clinico-assistenziale propedeutica alla misurazione delle performance sanitarie e alla definizione delle strategie aziendali.
La definizione delle fonti alimentanti è stata effettuata in collaborazione con i responsabili delle rispettive aree di interesse individuati all'interno dell'Azienda. Questi hanno provveduto alla raccolta tempestiva e accurata di un'ampia mole di informazioni, fondamentali per la realizzazione degli strumenti di monitoraggio e analisi. La costante cooperazione ha assicurato l'avanzamento continuo delle attività.
Nell'ambito dell'attività di assesment si è provveduto a:

- Declinare il processo *AS IS* in flusso operativo individuando attività, responsabili, tempistiche e output prodotto;
- Definire il livello di "maturità" del processo *AS IS*;
- Individuare le principali criticità, i principali vincoli organizzativi e tecnici del processo *AS IS*;
- Individuare gli impatti dei vincoli e delle criticità risultanti sulle attività in ambito clinico-assistenziale.

Nella progettazione del modello funzionale, si è provveduto all'elaborazione dei diagnostici per valutare i flussi di alimentazione in scope e individuare:

- **Dati qualitativamente e/o quantitativamente non adeguati**: flussi presenti nei sistemi sorgente ma con campi non presenti ovvero con informazioni non adeguatamente aggiornate;
- **Dati assenti:** aree "scoperte" in termini di flussi di alimentazione rispetto alle esigenze aziendali.

Sulla base di quanto emerso nel corso dell'analisi, sono state definite in modo dettagliato le azioni necessarie a ridefinire e standardizzare i processi di alimentazione dei dati. Questo processo ha comportato la revisione approfondita di ciascuna fase del workflow operativo.
Durante questa fase, la collaborazione con i responsabili individuati all'interno dell'Azienda ha rivestito un ruolo di fondamentale importanza nell'affrontare e risolvere le anomalie riscontrate. Tale approccio ha non solo facilitato la gestione delle problematiche, ma ha anche messo in evidenza un elevato livello di proattività, che ha contribuito significativamente al buon esito delle operazioni di ristrutturazione dei processi. La metodologia di lavoro cooperativo orientato alla soluzione delle problematiche ha permesso di conseguire un significativo miglioramento nella qualità e nell'affidabilità delle informazioni impiegate, assicurando che il flusso di dati venga gestito con la massima efficienza.

### Definizione dei modelli di reporting clinico assistenziale

La definizione dei requisiti per la configurazione degli strumenti aziendali in ambito clinico-assistenziale è stata effettuata attraverso la conduzione di interviste mirate con i responsabili delle aree in ambito al fine di comprenderne e standardizzarne le esigenze, definire i processi, razionalizzare il contenuto informativo e individuare la modalità di alimentazione dei dati.
Si riportano di seguito le dimensioni e gli oggetti di analisi compresi nel perimetro del presente dell'intervento:

- Report di Produttività Aziendale;
- Report indicatori finalizzati alla valutazione della Performance (Azienda – Presidi Ospedalieri – Distretti – Dipartimento di Prevenzione);
- Assistenza ospedaliera (Ricoveri, Sale Operatorie, Indicatori NSG *core*);
- Reportistica Amministrativa e Farmaceutica (Personale Dipendente e Convenzionato, Consumi);
- Assistenza Territoriale (Specialistica Ambulatoriale, Assistenza Farmaceutica, Assistenza Riabilitativa e Integrativa, Indicatori NSG *core*);
- Pronto Soccorso.

La definizione di uno strumento informatico capace di trattare grandi quantità di dati, sia strutturati che non strutturati, contenute in una o più sorgenti o archivi, semplificherà il processo di interpretazione e consentirà di identificare e di realizzare strategie efficaci, ed empiricamente fondate.
La Business Intelligence, infatti, utilizza tabelle e grafici per rappresentare tendenze, opportunità e aree critiche impiegando le diverse metodologie di definizione per fornire le informazioni, come ad esempio Dashboard, widget, e-mail, ecc.
I report, dunque rappresentano lo strumento core della Business Intelligence, in quanto permettono di accedere agevolmente alle informazioni, di aggregarle e distribuirle verso tutti gli interlocutori dell'Azienda, sia interni che esterni.

## Dettaglio attività svolte

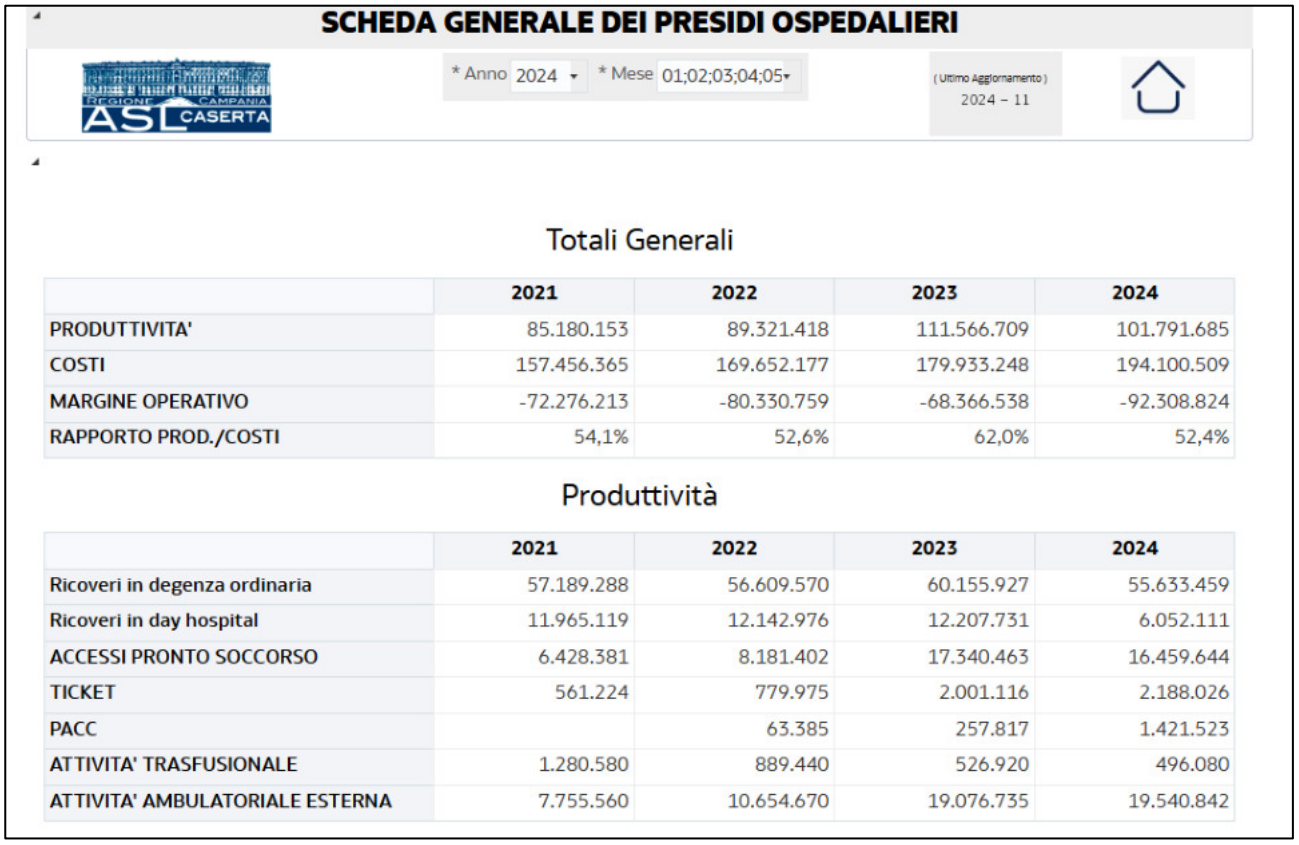
### Definizione dei modelli di reporting clinico assistenziale (Definizione requisiti funzionali)

- **Report Produttività PP.OO.**
  - Report Produttività Aziendale per Presidio e per Reparto
  - Scheda generale dei Presidi Ospedalieri
  - Bilancio dei Presidi Ospedalieri Pubblici
  - Indicatori di Produttività per tipo di Reparto
- **Assistenza Ospedaliera**
  - Ricoveri - DCA 67;
  - Dashboard Ricoveri Ospedalieri;
  - Indicatori NSG *core* Area Ospedaliera;
  - Dashboard Sale Operatorie;
  - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Presidi Ospedalieri).
- **Reportistica Amministrativa e Farmaceutica**
  - Personale Dipendente;
  - Personale Convenzionato;
  - Consumi.
- **Prevenzione**
  - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Dipartimento di Prevenzione).
  - Dashboard Screening;
  - Dashboard Vaccini;
  - Indicatori NSG core Area Prevenzione;
  - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Dipartimento di Prevenzione)
- **Assistenza Territoriale**
  - Dashboard Specialistica Ambulatoriale;
  - Dashboard Assistenza Farmaceutica;
  - Dashboard Assistenza Riabilitativa e Integrativa;
  - Indicatori NSG core Area Distrettuale;
  - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Distretti).

*Le immagini che seguiranno, inserite a scopo esemplificativo, rappresentano alcuni sviluppi funzionali:*




*Fig.29 Cruscotto di monitoraggio*



SCHEDA GENERALE DEI PRESIDI OSPEDALIERI

REGIONE CAMPANIA ASL CASERTA

* Anno 2024 * Mese 01;02;03;04;05

(Ultimo Aggiornamento) 2024 – 11

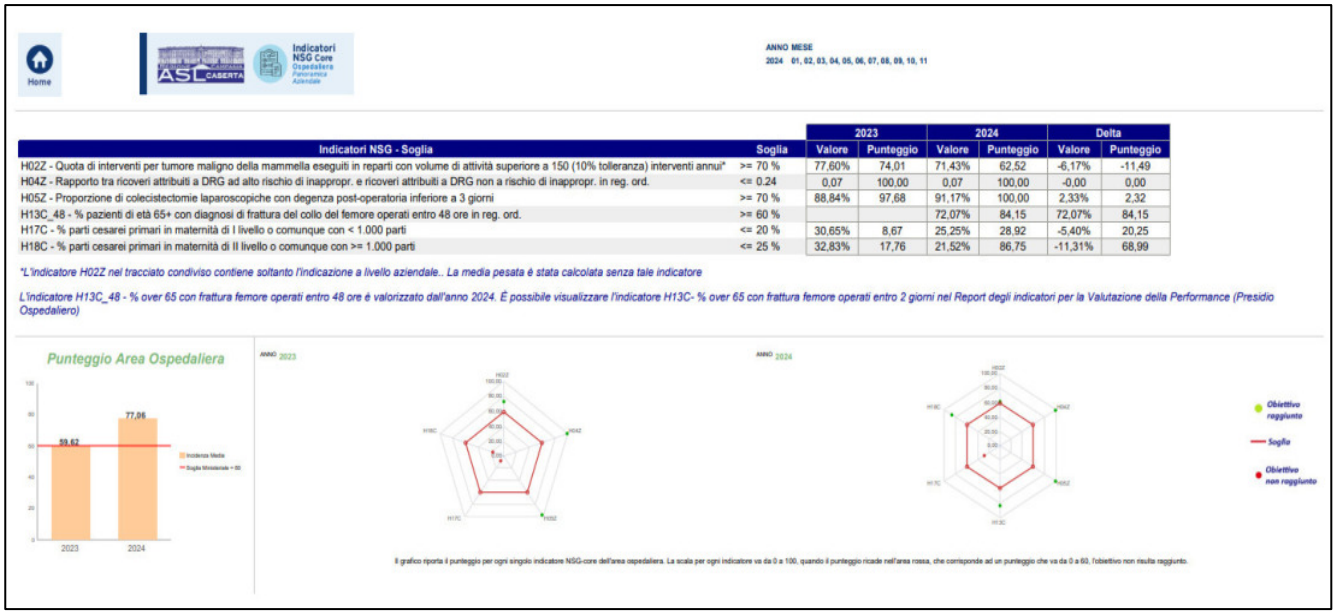
Totali Generali

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| PRODUTTIVITA' | 85.180.153 | 89.321.418 | 111.566.709 | 101.791.685 |
| COSTI | 157.456.365 | 169.652.177 | 179.933.248 | 194.100.509 |
| MARGINE OPERATIVO | -72.276.213 | -80.330.759 | -68.366.538 | -92.308.824 |
| RAPPORTO PROD./COSTI | 54,1% | 52,6% | 62,0% | 52,4% |

Produttività

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| Ricoveri in degenza ordinaria | 57.189.288 | 56.609.570 | 60.155.927 | 55.633.459 |
| Ricoveri in day hospital | 11.965.119 | 12.142.976 | 12.207.731 | 6.052.111 |
| ACCESSI PRONTO SOCCORSO | 6.428.381 | 8.181.402 | 17.340.463 | 16.459.644 |
| TICKET | 561.224 | 779.975 | 2.001.116 | 2.188.026 |
| PACC | | 63.385 | 257.817 | 1.421.523 |
| ATTIVITA' TRASFUSIONALE | 1.280.580 | 889.440 | 526.920 | 496.080 |
| ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA | 7.755.560 | 10.654.670 | 19.076.735 | 19.540.842 |

*Fig 30: Report Produttività e Costi dei Presidi Ospedalieri a 11 mesi del 2024*



Home

Indicatori NSG Core Ospedaliera Panoramica Aziendale

ANNO MESE
2024 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11

| Indicatori NSG - Soglia | Soglia | 2023 Valore | 2023 Punteggio | 2024 Valore | 2024 Punteggio | Delta Valore | Delta Punteggio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui* | >= 70 % | 77,60% | 74,01 | 71,43% | 62,52 | -6,17% | -11,49 |
| H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropr. in reg. ord. | <= 0.24 | 0,07 | 100,00 | 0,07 | 100,00 | -0,00 | 0,00 |
| H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | >= 70 % | 88,84% | 97,68 | 91,17% | 100,00 | 2,33% | 2,32 |
| H13C_48 - % pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in reg. ord. | >= 60 % | | | 72,07% | 84,15 | 72,07% | 84,15 |
| H17C - % parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti | <= 20 % | 30,65% | 8,67 | 25,25% | 28,92 | -5,40% | 20,25 |
| H18C - % parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >= 1.000 parti | <= 25 % | 32,83% | 17,76 | 21,52% | 86,75 | -11,31% | 68,99 |

*L'indicatore H02Z nel tracciato condiviso contiene soltanto l'indicazione a livello aziendale.. La media pesata è stata calcolata senza tale indicatore

L'indicatore H13C_48 - % over 65 con frattura femore operati entro 48 ore è valorizzato dall'anno 2024. È possibile visualizzare l'indicatore H13C- % over 65 con frattura femore operati entro 2 giorni nel Report degli indicatori per la Valutazione della Performance (Presidio Ospedaliero)

Punteggio Area Ospedaliera

ANNO 2023

ANNO 2024

Obiettivo raggiunto
Soglia
Obiettivo non raggiunto

Il grafico riporta il punteggio per ogni singolo indicatore NSG-core dell'area ospedaliera. La scala per ogni indicatore va da 0 a 100, quando il punteggio ricade nell'area rossa, che corrisponde ad un punteggio che va da 0 a 60, l'obiettivo non risulta raggiunto.

*Fig: 31= Indicatori NSG Presidi Ospedalieri aggiornata a 11 mesi del 2024*

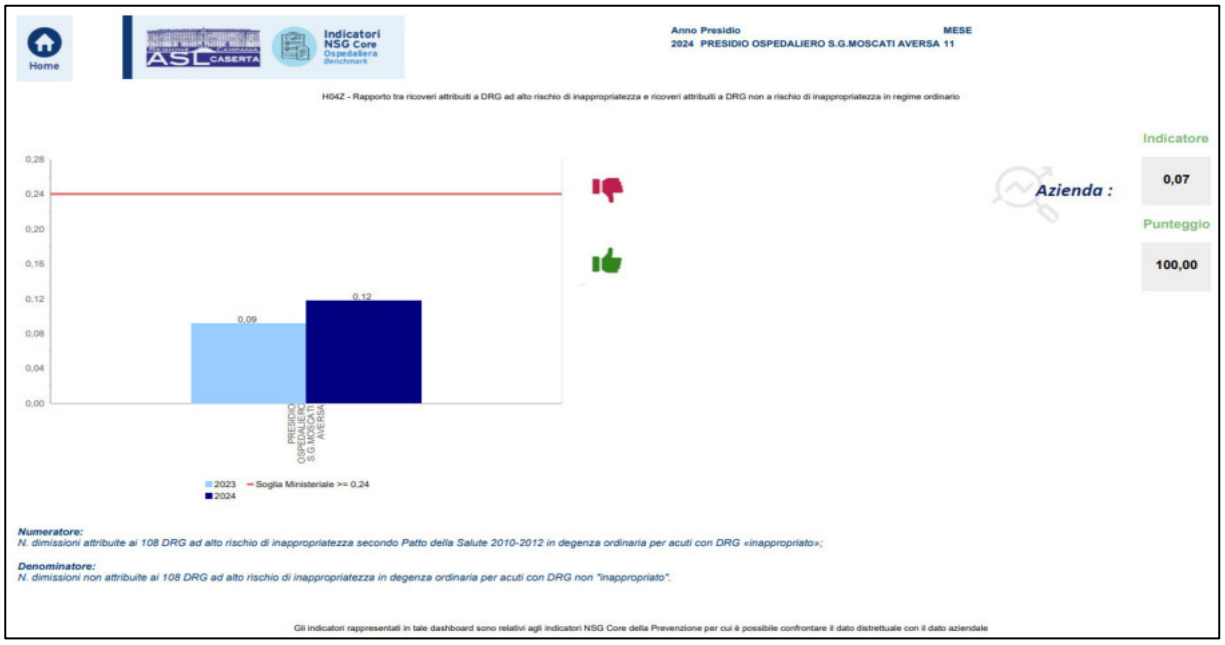



*Fig.32 : Esempio di Benchmark Indicatore H04Z del PO di Aversa (Rapporto DRG ad alto rischio di inappropriatezza)*

**Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Presidi Ospedalieri)**

Home | * Anno 2024 | * Presidio PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA | * Reparto PRESIDIO | 2024-10 dato cumulato al

| CODICE INDICATORE | DESCRIZIONE INDICATORE | 2023 | 2024 | Delta | Stima annuale |
|---|---|---|---|---|---|
| D03C | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in eta' adulta (= 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - Numero casi | 0,00 | 2,00 | 2,00 | |
| D04C | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in eta' pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Numero casi | | | | |
| D10Z | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorita' B in rapporto al totale di prestazioni di classe B | 77,04% | 0,00% | -77,04% | |
| D27C | Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche | | | | |
| D27Z | Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche | | | | |
| DSPE | Incremento attivita' specialistica ambulatoriale | 209.886,00 | 62.234,00 | -147.652,00 | 67.892 |
| H03C | Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella | | | | |
| H04Z | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropr. in reg. ord. | 0,10 | 0,11 | 0,01 | |
| H05Z | Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | 89,09% | 92,55% | 3,46% | |
| H13C | % pazienti di eta' 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in reg. ord. | 82,28% | 77,65% | -4,63% | |
| H13C_48 | % pazienti di eta' 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in reg. ord. | 0,00% | 75,97% | 75,97% | |
| H17C | Taglio Cesareo Primario | 13,81% | 13,39% | -0,42% | |
| HCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | 82,00% | 97,30% | 15,30% | |
| HDDH | DH Diagnostici | 23,00 | 3,00 | -20,00 | 3 |
| HDPO | Degenza preoperatoria | 0,70 | 1,56 | 0,86 | |
| HFSE | % Referti firmati digitalmente (SDO, Scheda PS,Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | 92,96% | 85,68% | -7,28% | |
| HGDG | Giornate di Degenza | 42.364,00 | 38.679,00 | -3.685,00 | 38.679 |
| HICM | Indice di Occupazione Media | 72,38% | 72,29% | -0,09% | |
| HMDG | Degenza Media | 5,90 | 5,70 | -0,20 | |
| HMDH | DH Medici (accessi) | 3.516,00 | 1.380,00 | -2.136,00 | 1.380 |
| HMRC | DRG Medico in Reparto Chirurgico - DRG Medici/N dimessi rep Chirurgici - rif < 25% | 8,29% | 13,03% | 4,74% | |
| HPAC | Attivazione/Incrementare i PACC | 0,00 | 693,00 | 693,00 | 756 |
| HPMO | Peso Medio Ricoveri Ordinari | 1,13 | 1,10 | -0,03 | |
| HRDH | Ricoveri in DH | 3.081,00 | 2.488,00 | -593,00 | 2.488 |
| HRIC | % Ricoveri chirurgici | 38,28% | 40,72% | 2,44% | |
| HROR | Ricoveri Ordinari | 7.177,00 | 6.780,00 | -397,00 | 6.780 |
| HROS | % Ricoveri oltre soglia | 2,95% | 2,52% | -0,43% | |
| HRXE | Incremento attivita' radiologica esterna | 0,00 | 7.227,00 | 7.227,00 | 7.884 |
| HSDO | Chiusura SDO in 72h | 0,00% | 64,64% | 64,64% | |
| HSTR | Incremento attivita' Stroke Unit - Numero ricoveri | 0,00 | 43,00 | 43,00 | 47 |
| HWEE | Attivazione Week surgery - increm. attivita' - Numero ricoveri | | | | |

*Fig.33 : Report indicatori Valutazione Performance PPOO*



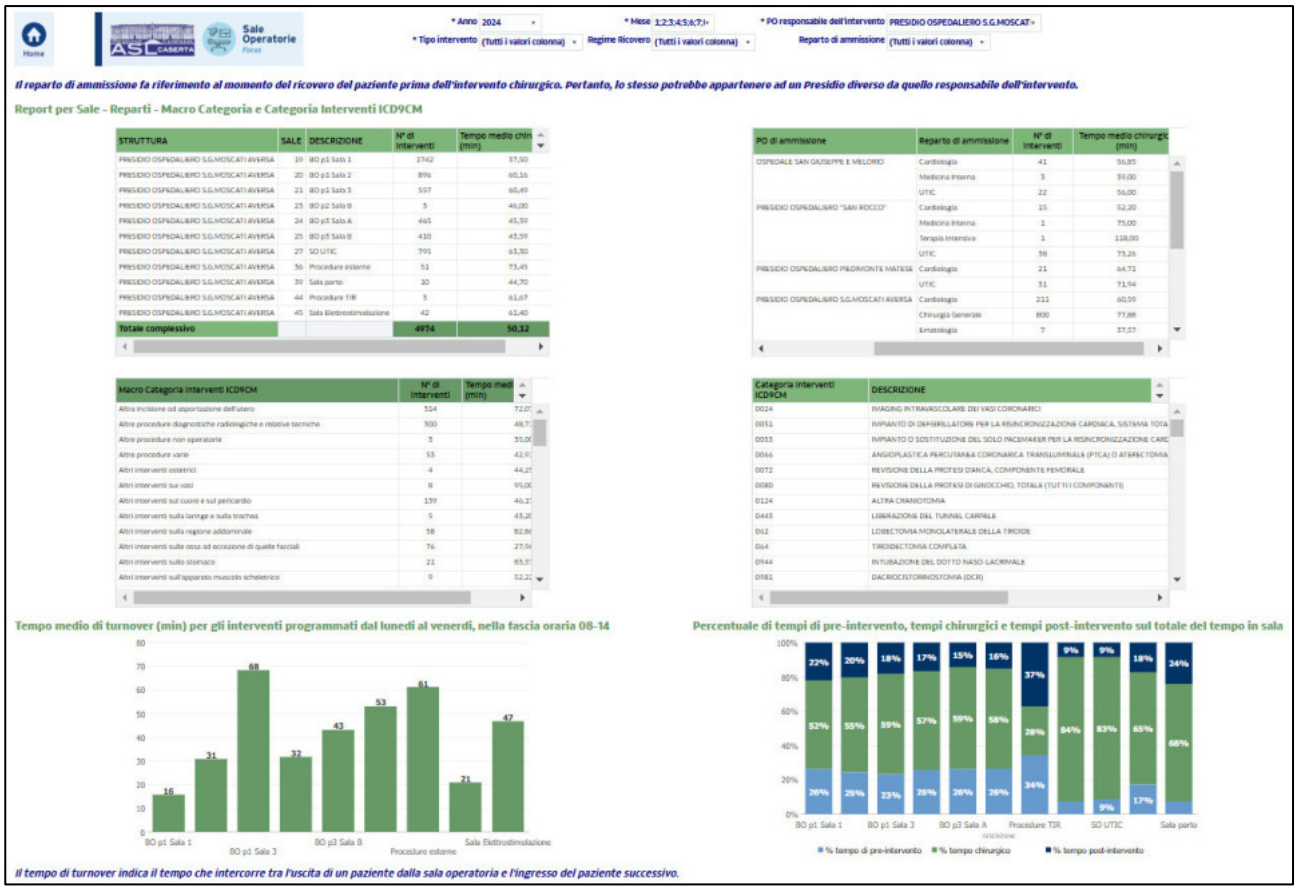




*Fig.34 e 34 bis: Report Sale operatorie a 11 mesi del 2024*

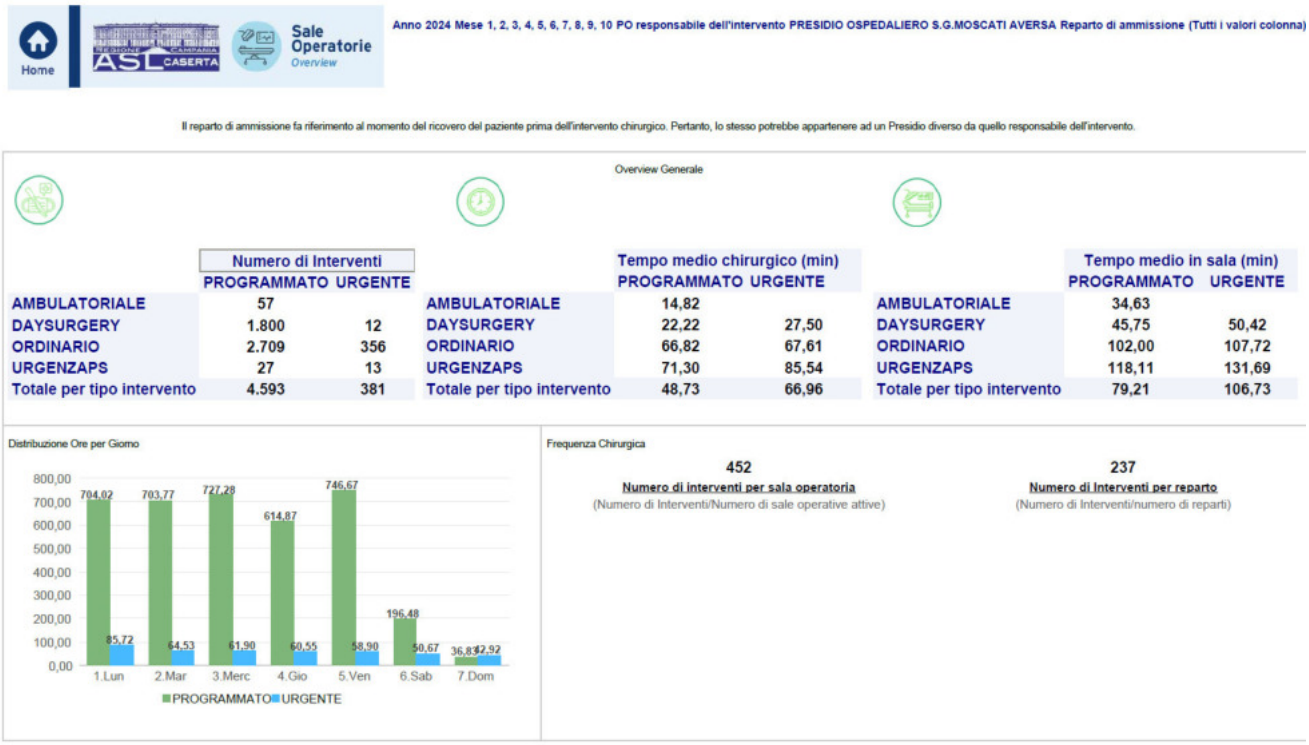
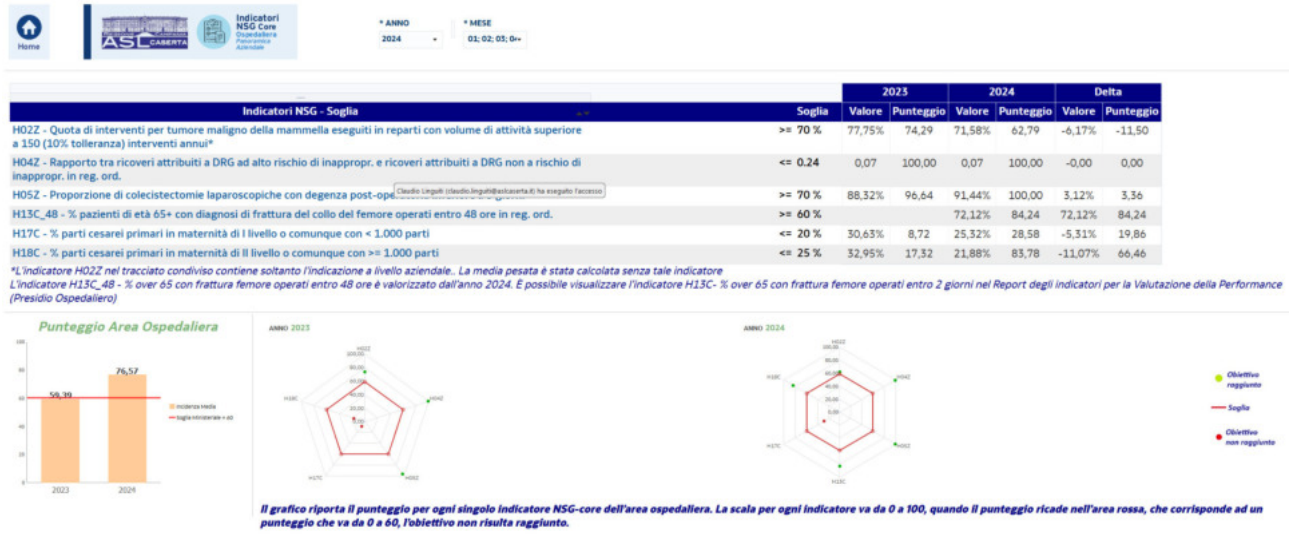
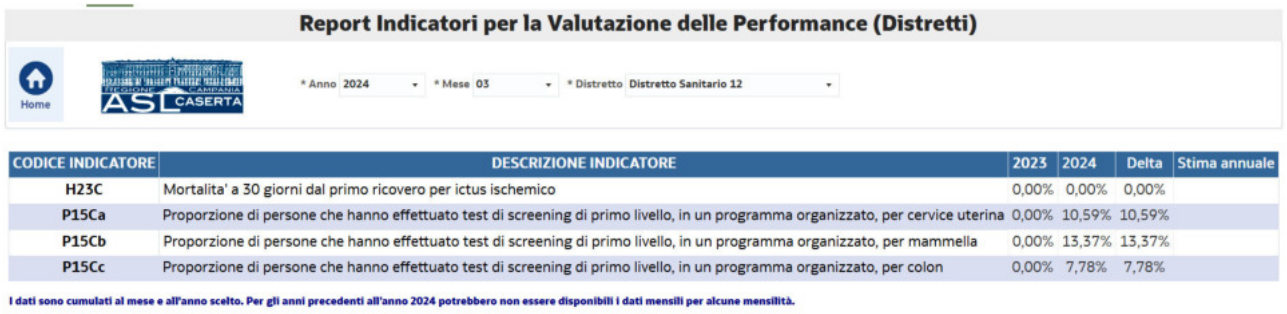



*Fig. 35 = Overview Sale Operatorie a 11 mesi del 2024*




- **Indicatori NSG Core Ospedaliera - Benchmark**

*Fig.36: Valutazione della performance*

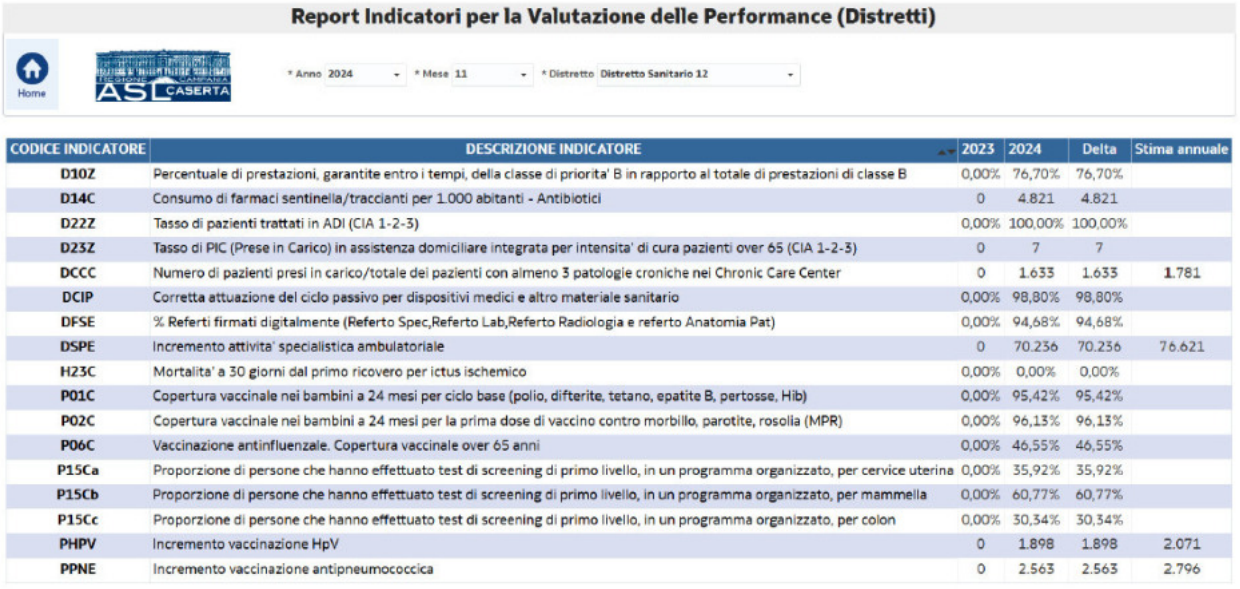


**Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Distretti)**

Home | * Anno 2024 | * Mese 03 | * Distretto Distretto Sanitario 12

| CODICE INDICATORE | DESCRIZIONE INDICATORE | 2023 | 2024 | Delta | Stima annuale |
|---|---|---|---|---|---|
| H23C | Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico | 0,00% | 0,00% | 0,00% | |
| P15Ca | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | 0,00% | 10,59% | 10,59% | |
| P15Cb | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella | 0,00% | 13,37% | 13,37% | |
| P15Cc | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon | 0,00% | 7,78% | 7,78% | |

I dati sono cumulati al mese e all'anno scelto. Per gli anni precedenti all'anno 2024 potrebbero non essere disponibili i dati mensili per alcune mensilità.



**Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Distretti)**

Home | * Anno 2024 | * Mese 11 | * Distretto Distretto Sanitario 12

| CODICE INDICATORE | DESCRIZIONE INDICATORE | 2023 | 2024 | Delta | Stima annuale |
|---|---|---|---|---|---|
| D10Z | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorita' B in rapporto al totale di prestazioni di classe B | 0,00% | 76,70% | 76,70% | |
| D14C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici | 0 | 4.821 | 4.821 | |
| D22Z | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-2-3) | 0,00% | 100,00% | 100,00% | |
| D23Z | Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensita' di cura pazienti over 65 (CIA 1-2-3) | 0 | 7 | 7 | |
| DCCC | Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 3 patologie croniche nel Chronic Care Center | 0 | 1.633 | 1.633 | 1.781 |
| DCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | 0,00% | 98,80% | 98,80% | |
| DFSE | % Referti firmati digitalmente (Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | 0,00% | 94,68% | 94,68% | |
| DSPE | Incremento attivita' specialistica ambulatoriale | 0 | 70.236 | 70.236 | 76.621 |
| H23C | Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico | 0,00% | 0,00% | 0,00% | |
| P01C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | 0,00% | 95,42% | 95,42% | |
| P02C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | 0,00% | 96,13% | 96,13% | |
| P06C | Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni | 0,00% | 46,55% | 46,55% | |
| P15Ca | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | 0,00% | 35,92% | 35,92% | |
| P15Cb | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella | 0,00% | 60,77% | 60,77% | |
| P15Cc | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon | 0,00% | 30,34% | 30,34% | |
| PHPV | Incremento vaccinazione HpV | 0 | 1.898 | 1.898 | 2.071 |
| PPNE | Incremento vaccinazione antipneumococcica | 0 | 2.563 | 2.563 | 2.796 |

I dati sono cumulati al mese e all'anno scelto. Per gli anni precedenti all'anno 2024 potrebbero non essere disponibili i dati mensili per alcune mensilità.

*Fig.37: Indicatori Performance Territorio*

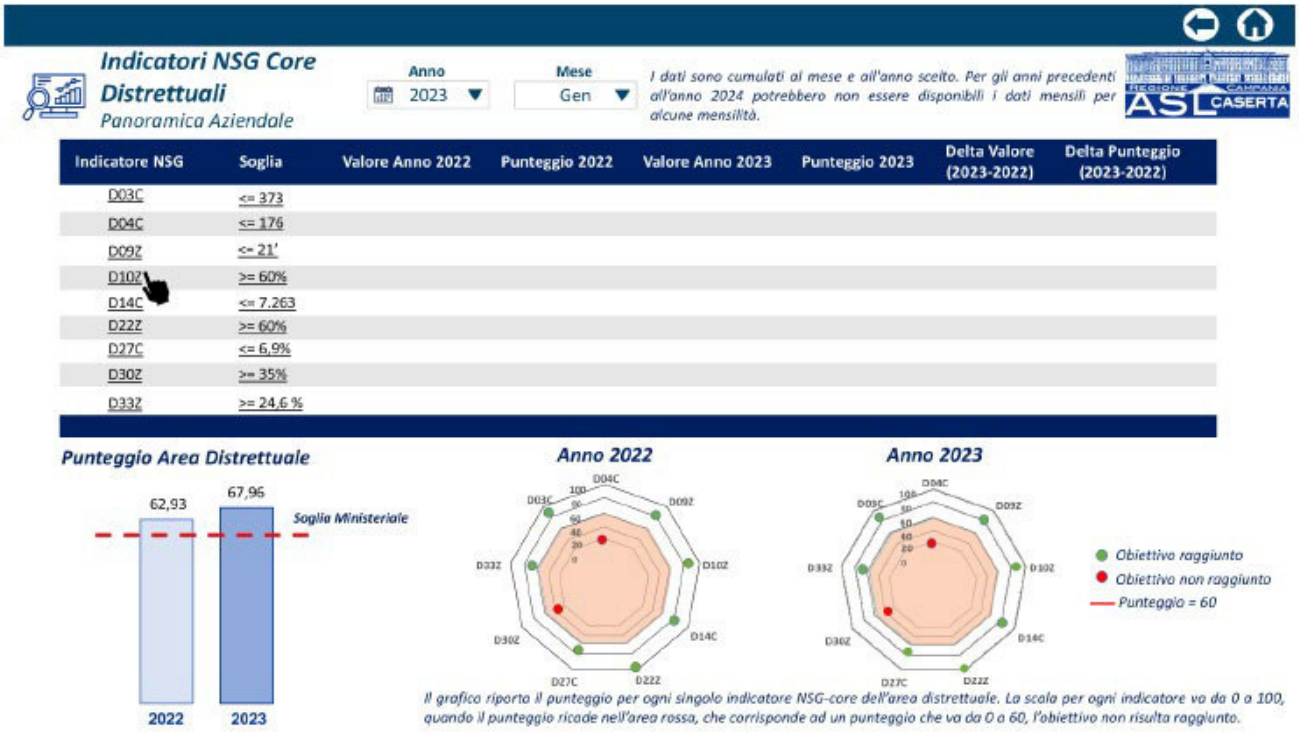



*Fig. 38: Dashboard indicatori NSG core Distrettuali-Panoramica Aziendale*

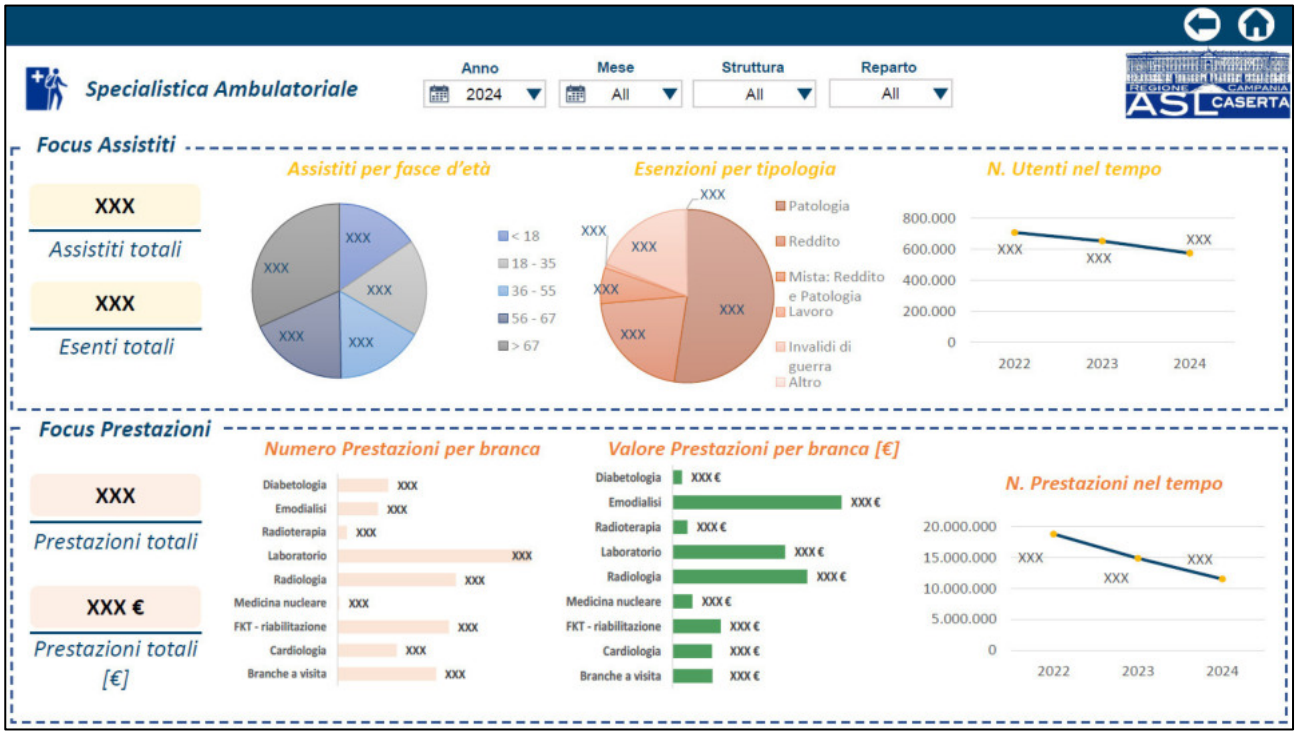
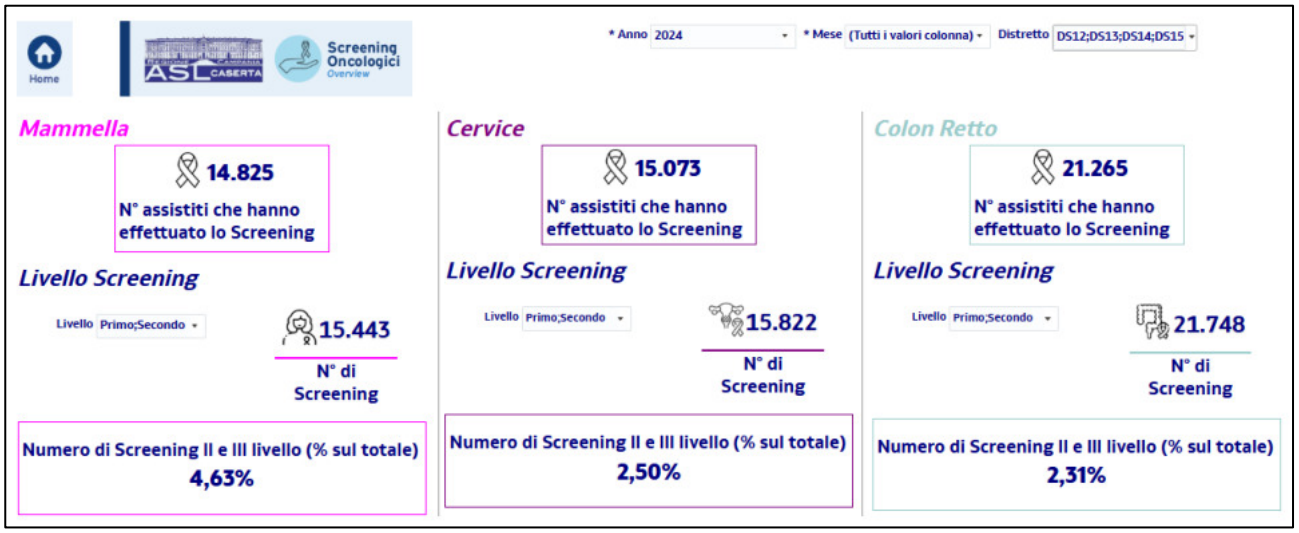



*Fig. 39: Dashboard Specialistica Ambulatoriale*



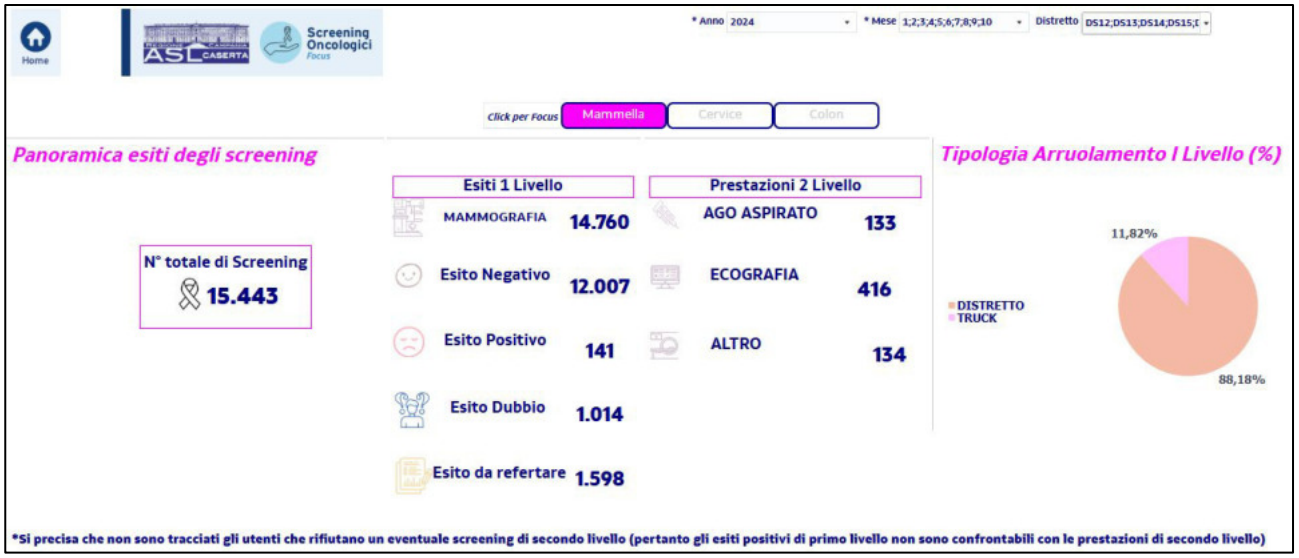




*Fig.40: Dashboard sul Territorio-Obiettivi screening*

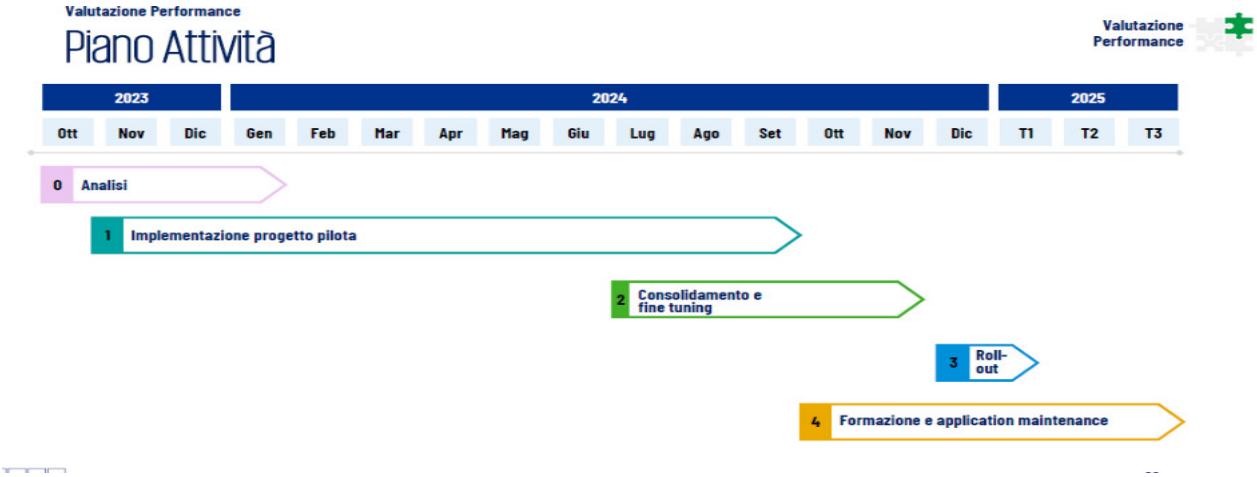



*Fig.41: Piano di Attività*

### *2.5.3 Potenziamento dei SI a supporto dei processi di pianificazione e Controllo-Budget*

Il progetto "**Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo – Pianificazione e Budget**" nasce dall'esigenza di informatizzare, automatizzare ed uniformare il processo di determinazione del Budget che, nell'ambito degli strumenti di cui si avvale il sistema di Programmazione e Controllo, può essere definito come il **risultato di un processo decisionale, organizzativo e contabile avente l'obiettivo di esprimere in termini quantitativi il complesso dei programmi aziendali**, allocandovi in modo ottimale le risorse disponibili all'interno dell'organizzazione, in relazione e coerenza al piano strategico e alle compatibilità economico finanziarie e gestionali aziendali.

Si è proceduto alla **realizzazione di una soluzione tecnologica che si suddivide in due fasi**, nel dettaglio




*Fig. 42: Fase 1*

Le sezioni previste per tale fase (a seconda delle diverse profilazioni) sono:

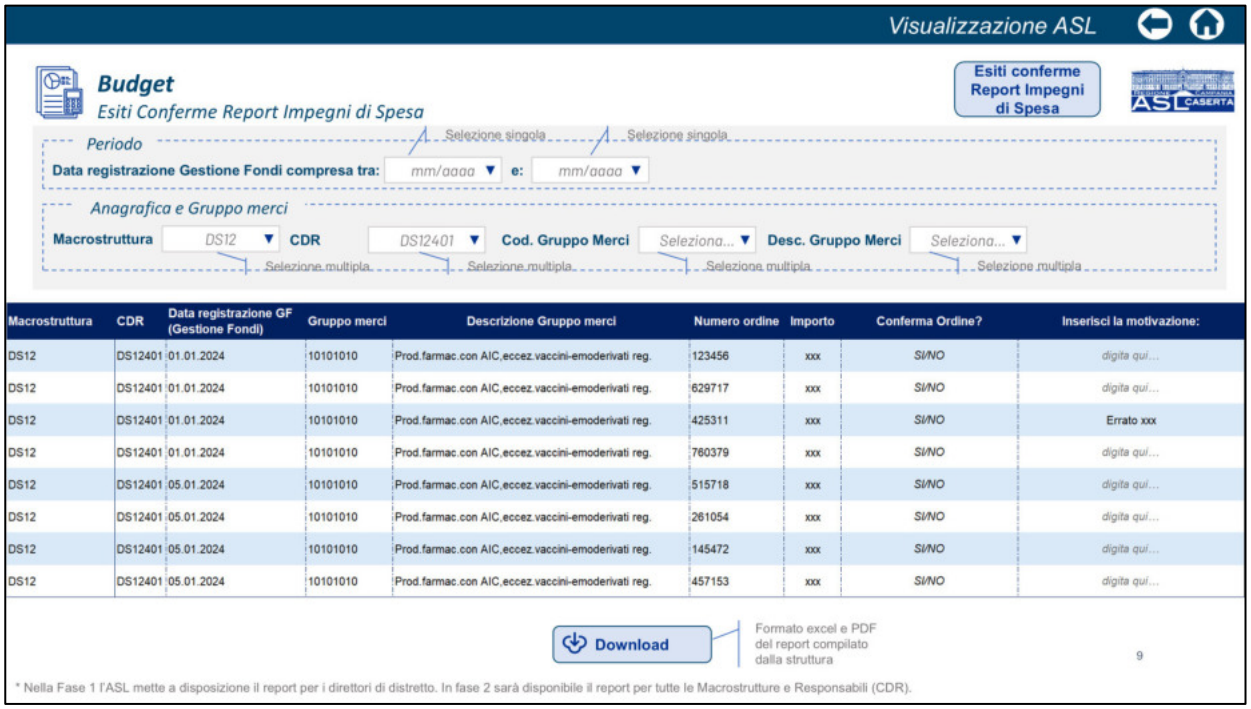
1- Caricamento/Visualizzazione Driver Assistenziali: in tale schermata è data la possibilità alle Strutture, mediante la funzione di *data entry*, di caricare i valori dei Driver Assistenziali, da compilare manualmente. Inoltre, l'ASL ha la possibilità di visualizzare i Driver Assistenziali caricati dalle Strutture;

2- Conferma/Visualizzazione Report Impegni di Spesa: in tale schermata è data la possibilità alle Strutture di visualizzare e confermare (o meno) il report degli impegni di spesa caricato dall'ASL. Inoltre, l'ASL ha la possibilità di visualizzare le conferme oppure gli scostamenti e motivazioni inseriti dalle Strutture.




*Fig. 43: Fase 2*

Le sezioni previste per tale fase (a seconda delle diverse profilazioni) sono:
1- Caricamento/Visualizzazione Budget Assegnato: in tale schermata la struttura centrale ha la possibilità di caricare e visualizzare le delibere e gli allegati relativi al Budget Assegnato;
2- Caricamento/Visualizzazione Spese Sostenute: mediante la funzione di data entry, il centro di responsabilità assegnatario del budget ha la possibilità di caricare le spese sostenute, distinte in tre tipologie di campi: da manuali, automatici e da scegliere mediante il menù a tendina. Il caricamento delle spese è guidato, in modo tale da non ripetere le informazioni in comune tra due spese agevolandone la compilazione. L'Azienda ha la possibilità di accedere alla visualizzazione delle stesse;
3- Analisi scostamenti e monitoraggio: L'Azienda ha la possibilità di monitorare rispetto a quanto stanziato, lo stato di erosione del Budget.




| Macrostruttura | CDR | Data registrazione GF (Gestione Fondi) | Gruppo merci | Descrizione Gruppo merci | Numero ordine | Importo | Conferma Ordine? | Inserisci la motivazione: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DS12 | DS12401 | 01.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 123456 | xxx | SI/NO | digita qui... |
| DS12 | DS12401 | 01.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 629717 | xxx | SI/NO | digita qui... |
| DS12 | DS12401 | 01.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 425311 | xxx | SI/NO | Errato xxx |
| DS12 | DS12401 | 01.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 760379 | xxx | SI/NO | digita qui... |
| DS12 | DS12401 | 05.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 515718 | xxx | SI/NO | digita qui... |
| DS12 | DS12401 | 05.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 261054 | xxx | SI/NO | digita qui... |
| DS12 | DS12401 | 05.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 145472 | xxx | SI/NO | digita qui... |
| DS12 | DS12401 | 05.01.2024 | 10101010 | Prod.farmac.con AIC,eccez.vaccini-emoderivati reg. | 457153 | xxx | SI/NO | digita qui... |

*Fig. 44: Visualizzazione spese sostenute*

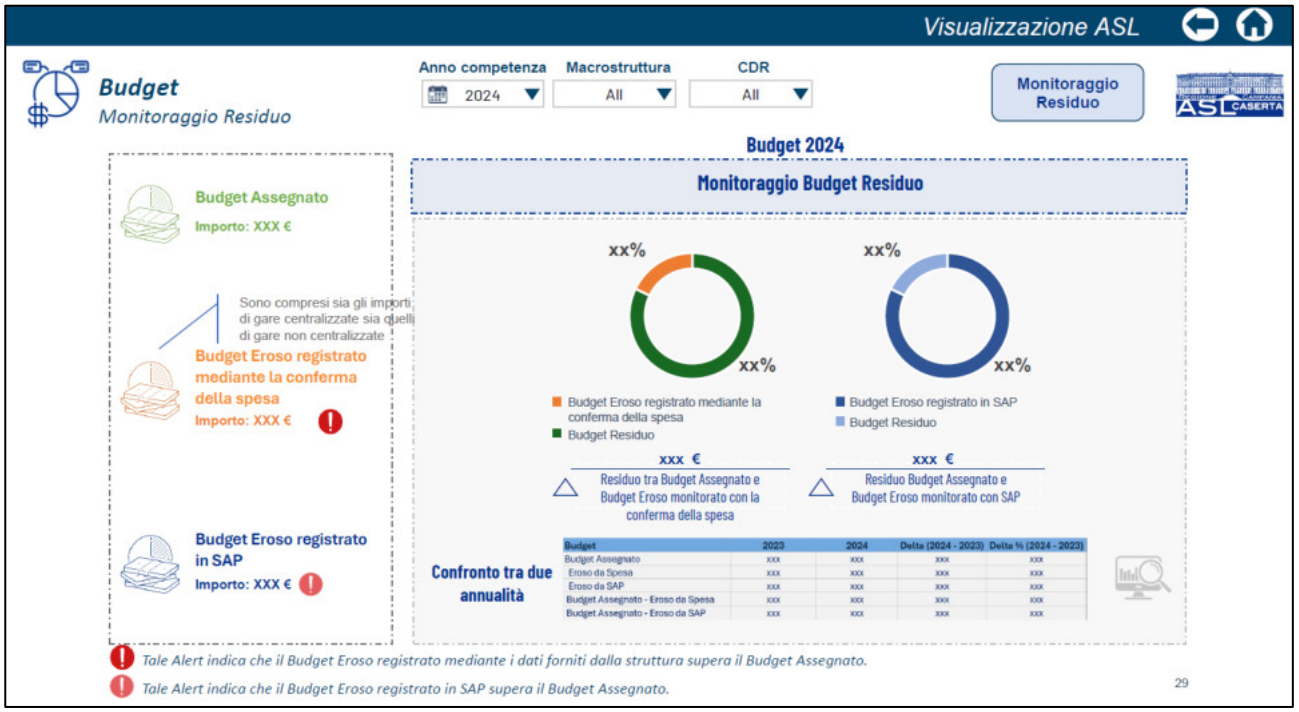



*Fig. 45: Monitoraggio Budget*

## 2.5.4 Attività relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fascicolo elettronico** | **Procedura che consente l'invio ad un Repository dei documenti digitalizzati (Referti Lab. Radiologici, Anatomia Patologica, scheda di dimissione, att.specialistica amb.** | **In House** | **Vedi allegato** | |

**Tab. 28:**

Risultato raggiunto:




> 95 %

*Fig. 46: Risultati Obiettivi FSE*

I documenti standardizzati ed inviati a FSE-INI sono:

a. Referto di Medicina di Laboratorio v.1.2 (HL7 CDA R2)
b. Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO) v.1.1.1 (HL7 CDA R2)
c. Verbale di Pronto Soccorso (VPS) v. 1.0 (HL7 CDA R2)
d. Referto di Radiologia v.1.0 (HL7 CDA R2)
e. Referto di Specialistica Ambulatoriale (RSA) v 1.0 (HL7 CDA R2)

**L'A.S.L. Caserta ha una gestione informatizzata di tutti i documenti afferenti al nucleo minimo del FSE,** inoltre:

1. L'Azienda si è dotata di un Document Repository, fornito dalla ditta Dedalus, che funge da collettore ed archivio di tutti i documenti clinici prodotti;
2. Il Document Repository aziendale permette di colloquiare con il FSE-INI in sussidiarietà, trasmettendo in modalità asincrona, mediante web service, i documenti al Repository Regionale in sussidiarietà;
3. Al Repository Regionale FSE-INI in sussidiarietà viene inviata una copia del documento clinico archiviato nel Repository aziendale;

4. L'apposizione della firma digitale ai documenti clinici costituisce prerequisito per l'archiviazione della copia al Repository Regionale FSE-INI in sussidiarietà e all'alimentazione del FSE;
5. In base all'implementazione fatta in Campania, è possibile inviare al Repository Regionale FSE-INI i seguenti formati documentali:

- CDA2 nativo con firma Xades con PDF innestato nel CDA2;
- PDF con firma Pades.
- PDF con CDA2 iniettato firmato Pades (evoluzione FSE 2.0.);

6. Attualmente gli ambiti documentali integrati sia con il Repository Aziendale sia con il Repository Regionale FSE-INI in sussidiarietà sono:
    - Referto di Medicina di Laboratorio v.1.2 (HL7 CDA R2)
    - Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO) v.1.1.1 (HL7 CDA R2)
    - Verbale di Pronto Soccorso (VPS) v. 1.0 (HL7 CDA R2)
    - Referto di Radiologia v.1.0 (HL7 CDA R2)
    - Referto di Specialistica Ambulatoriale (RSA) v 1.0 (HL7 CDA R2)

**Il primo documento inviato con esito positivo a FSE-INI è stato un Referto di Medicina di Laboratorio in data 30.11.2021**

| Ambito Documentale | Applicativo | Fornitore | Fornitore Repository aziendale | Integrazione con Repository aziendale | Integrazione con Repository FSE-INI in sussidiarietà | Ostacolo mancata integrazione |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verbale di Pronto Soccorso** | ADT | A.S.L. CASERTA | DEDALUS | SI | SI | Integrazione effettuata con successo. L'invio a FSE-INI avviene in tempo reale |
| **Lettera di dimissione ospedaliera** | ADT | A.S.L. CASERTA | | SI | SI | Integrazione effettuata con successo. L'invio a FSE-INI avviene in tempo reale |
| **Referto di Radiologia** | X-WEB SUITE R.A.P. | M.I. MEDICAL | | SI | SI | Integrazione effettuata con successo. L'invio a FSE-INI non avviene propriamente in tempo reale |
| **Referto Specialistico** | WIRGILIO Smart Salute Smart Digital Clinic | GESAN NBS METEDA | | SI | SI | Integrazione effettuata con successo. L'invio a FSE-INI avviene in tempo reale |
| **Referto di Laboratorio** | CONCERTO | DEDALUS | | SI | SI | Integrazione effettuata con successo. L'invio a FSE-INI avviene in tempo reale |
| **Referto Anatomia Patologica** | ATHENA | DEDALUS | | SI | SI | Integrazione effettuata con successo. L'invio a FSE-INI avviene in tempo reale |

*Tab. 29: Documenti da inviare con relative integrazioni*

Per poter gestire autonomamente la firma digitale di tutti i documenti clinici, questa amministrazione si è certificata come Registration Authority Office sia per Infocert S.p.A. che per Aruba S.p.A. (Ufficio RAO), per poter emettere in tempi più rapidi, tutti i certificati di firma digitale per i propri operatori. Le tecnologie disponibili sono:

- ✓ Firma elettronica qualificata standard
- ✓ Firma elettronica qualificata CNS
- ✓ Firma elettronica qualificata Mobile
- ✓ Firma elettronica qualificata remota

L'Azienda, inoltre, si è dotata internamente di un servizio di Integrazione Applicativa per le soluzioni di Firma Digitale Remota, ad alta affidabilità ed elevata disponibilità, così da poter garantire h24 il servizio di firma remota digitale.

**Il totale delle firme elettroniche qualificate emesse a partire da gennaio 2021 è 1248**
**Il totale delle strutture invianti censite su FSE-INI è 85**
**Il totale dei dirigenti medici sanitari (DRS) censiti su FSE-INI è 1585**
**Il totale dei documenti clinici inviati al FSE-INI è 1.002.602 così suddivisi:**

| Ambito documentale | N. documenti inviati a FSE-INI Anno 2022 | N. documenti inviati a FSE-INI Anno 2023 | N. documenti inviati a FSE-INI Anno 2024 (primi 10 mesi) |
|---|---|---|---|
| Lettera di dimissione ospedaliera | **12850** | **21798** | **16997** |
| Referto di anatomia patologica | **7345** | **9643** | **4648** |
| Referto Laboratorio | **145796** | **160472** | **156739** |
| Referto radiologico | **35655** | **36325** | **30370** |
| Referto specialistico | **116447** | **261888** | **247642** |
| Verbale di pronto soccorso | **87401** | **106982** | **88413** |
| **Totale complessivo** | **405494** | **597108** | **544809** |

*Tab. 30: N. documenti inviati*

**Adeguamento a FSE 2.0**

Con il Decreto del 20 Maggio 2022 "Adozione delle Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico", è stato fornito un percorso di evoluzione del FSE al fine di uniformare e standardizzare, a livello nazionale, i contenuti del FSE in termini di documenti e dati..

Secondo quanto previsto dal Decreto 8 agosto 2022 del Ministero l'ASL Caserta ha realizzato gli interventi di adeguamento secondo tempistiche atte a garantire il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla vigente normativa per ciascuna Regione (obiettivo che almeno il 15% dei referti conferiti a FSE-INI siano in formato PaDES con CDA2 iniettato).Si è proceduto a:

a) Adeguare tutti i sistemi in uso presso ASL Caserta allo standard FSE 2.0.;
b) Fornire un cronoprogramma dettagliato delle attività che preveda il completamento entro e non oltre il 15.03.2023;

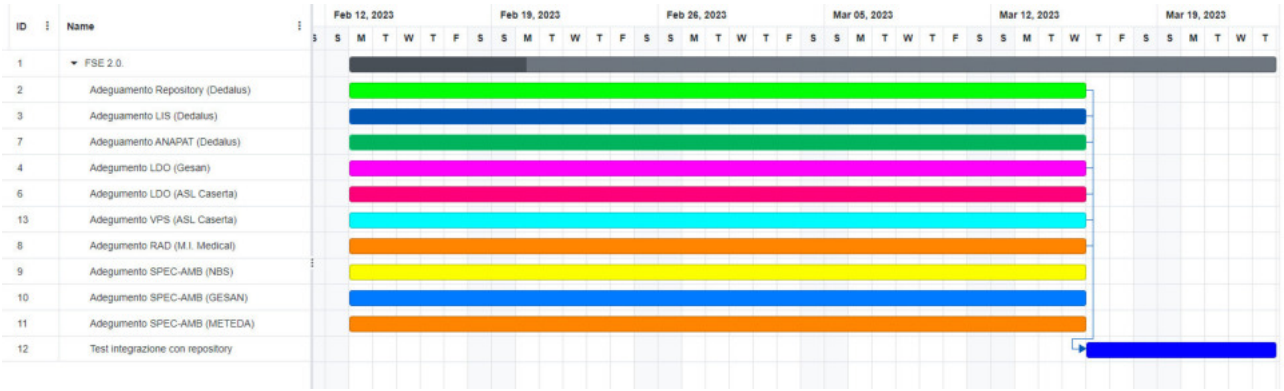
| | | Obiettivi 2Q2023 | Obiettivi 2Q2024 | Obiettivi 2Q2025 | Obiettivi 2Q2026 |
|---|---|---|---|---|---|
| Indicatore 1: Documenti indicizzati/ n. di prestazioni erogate | Fascia A: Regioni con tassi attuali di alimentazione bassi | 15% | 40% | 65% | 90% |
| | Fascia B: Regioni con tassi attuali di alimentazione medi | 30% | 50% | 70% | 90% |
| | Fascia C: Regioni con tassi attuali di alimentazione alti | 45% | 60% | 75% | 90% |
| Indicatore 2: n. di MMG che alimenta FSE / n. di MMG | | 5% | 30% | 85% | 85% |
| Indicatore 3: n. documenti in CDA2 / n. doc. indicizzati | | 45% | 80% | 90% | 90% |
| Indicatore 4: n. doc firmati in PaDES / n. doc. indicizzati | | 35% | 80% | 90% | 90% |

*Tab. 31: Obiettivi FSE 2.0*

| ID | INDICATORE | PERIODICITA' |
|---|---|---|
| 1 | N. Lettere di Dimissione Ospedaliere Indicizzate / N. Ricoveri (fonte denominatore Flusso SDO Regionale) | Mensile |
| 2 | N. Verbali di Pronto Soccorso / N. Accessi di Pronto Soccorso (fonte denominatore Flusso EMUR Regionale, accessi PS al netto degli abbandoni) | Mensile |
| 3 | N. Referti di Laboratorio Indicizzati / N. Prestazioni di Laboratorio Erogate (fonte denominatore Flusso Specialistica Ambulatoriale regionale per esterni, erogato SSN es escluso screening) | Mensile |
| 4 | N. Referti di Radiologia Indicizzati / N. Prestazioni di Radiologia Erogate (fonte denominatore Flusso Specialistica Ambulatoriale regionale per esterni) | Mensile |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | N. Referti di Specialistica Ambulatoriale Indicizzati / N. di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate<br>(fonte denominatore Flusso Specialistica Ambulatoriale regionale per esterni) | Mensile |
| 6 | N. Referti di Anatomia Patologica / N. Prestazioni di Anatomia Patologica Erogate<br>(fonte denominatore Flusso Specialistica Ambulatoriale regionale per esterni) | Mensile |
| 7 | N. Cittadini con Certificato Vaccinale Indicizzato / N. Residenti (su base regionale)<br>(fonte denominatore Anagrafe Regionale Assistiti o Sistema TS nelle more di ANA) | Mensile |
| 8 | N. Totale di Documenti Indicizzati / N. Assistiti | Mensile |

*Tab. 32: Indicatori FSE su cui verranno misurate le Regioni*




*Tab. 33: Cronoprogramma delle attività in campo*

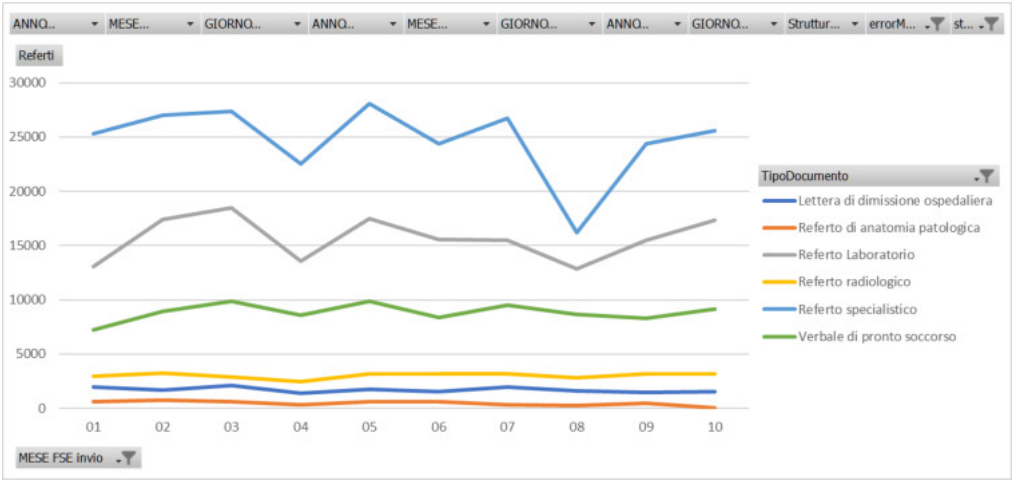



*Fig. 47: Grafico a linee degli invii a FSE primi 10 mesi del 2024*

| Referti | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mesi | Lettera di dimissione ospedaliera | Referto di anatomia patologica | Referto Laboratorio | Referto radiologico | Referto specialistico | Verbale di pronto soccorso | Totale complessivo |
| 01 | 1997 | 645 | 13063 | 2980 | 25340 | 7263 | 51288 |
| 02 | 1654 | 725 | 17372 | 3278 | 26997 | 8953 | 58979 |
| 03 | 2110 | 585 | 18463 | 2866 | 27346 | 9826 | 61196 |
| 04 | 1384 | 341 | 13552 | 2450 | 22543 | 8554 | 48824 |
| 05 | 1733 | 611 | 17512 | 3191 | 28103 | 9857 | 61007 |
| 06 | 1507 | 611 | 15549 | 3206 | 24355 | 8356 | 53584 |
| 07 | 1971 | 355 | 15518 | 3206 | 26749 | 9521 | 57320 |
| 08 | 1594 | 289 | 12882 | 2830 | 16214 | 8652 | 42461 |
| 09 | 1482 | 433 | 15466 | 3166 | 24387 | 8285 | 53219 |
| 10 | 1565 | 53 | 17362 | 3197 | 25608 | 9146 | 56931 |
| **Totale complessivo** | **16997** | **4648** | **156739** | **30370** | **247642** | **88413** | **544809** |

*Tab.34: Riepilogo invii a FSE primi 10 mesi del 2024*

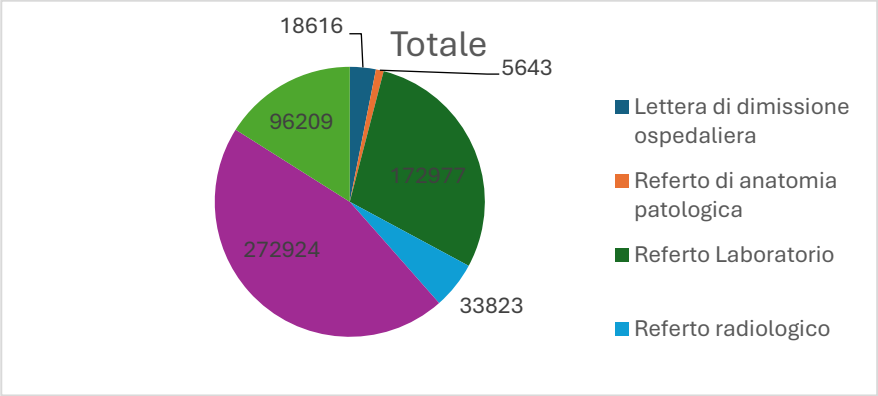



*Fig. 48: Grafico a torta degli invii a FSE primi 10 mesi del 2024*

### *2.5.5. Nuove implementazioni per la digitalizzazione e la messa in sicurezza degli apparati.( Cybersecurity e Connettività Wi-Fi) per i pazienti nei PP.OO.*

In ambito fondi POR-FESR Campania 2014-2020 è stato sviluppato un progetto per il potenziamento e l'estensione delle infrastrutture rete e della connettività Internet dell'Asl Caserta.

In particolare, lo scopo del progetto è quello di agevolare il processo di umanizzazione delle cure e di digitalizzazione della cartella clinica ma, al contempo, potenziare l'erogazione dei servizi sanitari sia quelli attualmente in essere che quelli innovativi come telemedicina e monitoraggio remoto, migliorando drasticamente il livello di sicurezza di rete.

A tale scopo è previsto un ampliamento, e in certi casi la nuova installazione, della rete Wi-Fi attraverso l'acquisizione di 300 Access Point comandati dal nuovo sistema centralizzato di policy del firewall.

L'implementazione delle misure descritte porta ad ottenere i seguenti benefici:

1. accesso alle risorse ed ai dati digitali disponibili, nonché possibilità di creazione e veicolazione degli stessi sulla rete interna per migliorare i processi e ridurre i tempi di attraversamento
2. accesso alla rete anche in corsia e a "capo letto" per gli operatori medici
3. accesso alla rete da parte dei pazienti con accesso sicuro e separato a Internet per alleviare la condizione di convalescenza
4. aumento della resilienza del servizio di connettività e aumento delle prestazioni di tutti i contenuti digitali esistenti e da produrre nei cicli di operatività medica e assistenziale.
5. gestione dei servizi di digitalizzazione e di connettività, attraverso la capacità del sistema di utilizzare più linee eterogenee di connettività in modo dinamico in alta affidabilità.
6. segregazione dei domini di rete per la resilienza agli attacchi attraverso il contenimento dei movimenti laterali, per la conformità alle raccomandazioni del perimento nazionale di sicurezza e delle principali raccomandazioni internazionali (NIST)
7. riduzione del rischio derivante da attacchi interni grazie il controllo automatico degli accessi dei dispositivi e degli utenti, monitoraggio in tempo reale di asset e utenti connessi alla rete e della loro postura di sicurezza.
8. riduzione dell'attività operativa grazie all'automazione della gestione della rete.

È prevista l'integrazione del sistema Wi-Fi con i sistemi di log management in essere presso l'ente al fine consentire l'archiviare e l'analisi dei log prodotti dai firewall, dagli Access Point e dal sistema di autenticazione. Saranno memorizzati e analizzati solamente i log necessari a garantire la sicurezza da minacce e ad identificare malfunzionamenti del sistema e della rete.

Per gli assistiti sarà possibile effettuare un'autenticazione alla rete tramite credenziali o social network consentendo l'accesso ai sistemi attraverso semplici passaggi ma che garantiscono comunque un tracciamento di tutte le attività anomale.

### *2.5.6 Digitalizzazione Workflow diagnostico del Serv. di Anatomia Patologica e per la digitalizzazione e refertazione on-line dei vetrini – Digital Patology*

In ambito fondi POR-FESR Campania 2014-2020 è stato sviluppato un progetto per l'implementazione di una soluzione del flusso di lavoro diagnostico del servizio di Anatomia Patologica, non ché per la digitalizzazione e refertazione on-line dei vetrini.

Quello a cui si sta assistendo negli ultimi anni in Anatomia Patologica è la transizione dalla tradizionale pratica medica verso un flusso di lavoro digitale, con la conseguente analisi del vetrino non più al microscopio, ma mediante l'utilizzo di sistemi informatici.

La struttura complessa di Anatomia Patologica, afferente al Presidio Ospedaliero Moscati, esegue due principali attività per tutti i presidi e distretti sanitari dell'Asl di Caserta: gli esami istologici e gli esami citologici.

L'attività diagnostica è organizzata in settori di laboratorio che operano in forma integrata ma, attualmente, non è dotato delle attrezzature necessarie per la realizzazione di un workflow completamente digitale e non ha pertanto la possibilità di lavorare con i parametri di efficienza e qualità attesi.

In particolare, attraverso il progetto, l'Azienda intende:

- Migliorare la capacità di diagnosi di alta qualità,
- Ridurre i tempi di refertazione,
- Rendere più efficaci le collaborazioni tra diversi specialisti,
- Migliorare la governance dei servizi offerti, migliorando i flussi informativi verso il Sistema Informativo Aziendale,
- Ridurre i costi legati alla conservazione e movimentazione (ricerca, prelievo, trasporto, ritiro e rimessa a dimora dei vetrini "fisici" relativi alla richiesta di consultazione).

L'acquisizione delle attrezzature previste nel progetto consentirà di migliorare sensibilmente l'operatività riducendo in modo drastico gli errori e le inefficienze e consentendo di lavorare secondo i più moderni standard con un riflesso positivo immediatamente percepibile dagli utenti.

Il Sistema consentirà la gestione digitale dei seguenti documenti/immagini:

- Immagini dei vetrini dei casi trattati e della fase macroscopica,
- Riprese della fase autoptica,
- Referti,
- Consensi informati per consulenze/second opinion.

Si prevede in particolare la digitalizzazione del 100% dei vetrini degli esami istologici. Ad ogni esame (istologico) corrisponderanno delle immagini della fase macroscopica (mediamente 4/5 immagini per caso) e un video della fase autoptica e 1 modulo per il consenso informato.

Verranno acquistati 2 scanner ad alta produttività per la digitalizzazione dei vetrini, con la possibilità di scansionare automaticamente fino a 360 vetrini standard, uno storage per l'archiviazione dei vetrini acquisiti in vari formati standard (compreso DICOM) e i relativi moduli software per la gestione delle immagini e dei documenti associati in conformità alle specifiche di trasmissione dei documenti sanitari digitali relativi al FSE.

### *2.5.7 Digitalizzazione del workflow diagnostico del Servizio di Endoscopia Digestiva*

In ambito fondi POR-FESR Campania 2014-2020 è stato sviluppato un progetto per l'implementazione di una soluzione per la digitalizzazione del flusso di lavoro diagnostico del servizio di endoscopia digestiva.

Nell'ambito del progetto sono stati stabiliti degli obiettivi finalizzati a migliorare i servizi sanitari, limitare sprechi, inefficienze e migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari erogati:

- Dematerializzare i documenti per facilitare la condivisione e la fruibilità delle informazioni a tutti gli stakeholder, ovunque si trovino,
- Facilitare lo scambio di informazioni tra le UU.OO. di Endoscopia Digestiva e tra discipline differenti,
- Assicurare la massima sicurezza e riservatezza dei dati e, al tempo stesso, consentirne il più ampio utilizzo, per fini di cura del paziente e di progresso della ricerca,
- Promuovere una più efficace collaborazione fra tutti gli attori dell'ecosistema sanitario e modellare i servizi sanitari sulle esigenze dei cittadini/pazienti a supporto dei professionisti sanitari,
- Migliorare la governance dei servizi offerti,
- Migliorare la capacità di supportare le attività del personale sanitario coinvolto in termini di efficacia e di efficienza, a partire dall'accettazione dei pazienti,
- Implementare i flussi di integrazione con il SIA e i sistemi regionali, incrementando il livello di sicurezza di tutti i processi,

- Facilitare la semplice e immediata interpretazione dei referti, assicurandone l'omogeneità tra UU.OO.,
- Sfruttare il processo di evoluzione del Sistema Informativo come leva di change management, facendolo coincidere con una ottimizzazione dei processi organizzativi interni.

Tutto ciò consentirà di ottenere:

- La possibilità di migliorare la capacità di analisi dei dati.
- L'aumentata sicurezza legata all'identificazione univoca di pazienti e delle sonde.
- La razionalizzazione e la riduzione dei costi, dovuti al taglio dei tempi per:
    - La comunicazione e trasmissione delle informazioni.
    - La produzione, il controllo e la firma dei referti.
- La riduzione del rischio, grazie alla completa tracciabilità di tutte le attività e dei parametri operativi delle sonde in uso.
- La possibilità di effettuare rapidamente statistiche cliniche e di produttività e di avere quindi una visione strategica di tutti i parametri di rilievo per la gestione ed il miglioramento del servizio.
- Un'aumentata capacità di governance.
- Completa automazione e tracciabilità dei processi.
- Documentazione iconografica delle procedure e standardizzazione dei referti con terminologia specifica e condivisa (con una migliore capacità di rendicontazione e una migliore leggibilità dei risultati diagnostici).
- Riduzione del turn around time (ottimizzazione dei tempi di effettuazione dell'esame e di "delivery" dei referti).
- Miglioramento del Servizio al paziente in termini di efficienza e qualità della diagnosi
- Potenziamento degli ospedali periferici (possibilità di attivare sessioni di teleconsulto tramite A/V streaming in tempo reale).

Verrà acquisito un modulo software per il controllo e interfacciamento delle workstation di acquisizione video e refertazione, una piattaforma cloud per la trasmissione A/V in streaming in tempo reale dei contenuti multimediali acquisiti dalla strumentazione endoscopica ed un modulo per la completa tracciabilità dei cicli di utilizzo, disinfezione e stoccaggio degli strumenti endoscopici; verrà inoltre acquisita attrezzatura necessaria all'implementazione della soluzione: in particolare, 10 stazioni di acquisizione video medicale e 5 moduli clean track oltre al modulo di storage delle immagini diagnostiche acquisite.

### *2.5.8. Migrazione a Polo Strategico Nazionale*

La nostra Pubblica Amministrazione ha richiesto la migrazione dei dati e servizi, partendo da quelli critici e strategici, verso il Polo Strategico Nazionale (PSN), aderendo all'avviso della misura 1.2. "infrastrutture digitali" pubblicato dal Dipartimento per la trasformazione digitale.

L'obiettivo del PSN è di rafforzare il livello di confidenzialità e sicurezza del dato in uso tramite l'utilizzo di tecniche di enforcement basate su componenti tecnologiche o specifici processi organizzativi che ne garantiscono la trasparenza e la sicurezza.

In particolare, vengono fornite diverse soluzioni cloud per geolocalizzare tutti i servizi aziendali spostandole su cloud Microsoft ottimizzando le risorse necessarie e conservando infrastrutture ad alta affidabilità ma delegando al fornitore l'onere della gestione dell'hardware utilizzato.

È presente anche un servizio per il Disaster Recovery basato su un cloud Azure di Microsoft che consente di proteggere e ripristinare i sistemi in caso di fault che prevede una distribuzione dei servizi in aree geografiche isolate all'interno di una regione di Azure ma che garantiscono una latenza minima sui tempi di accesso ai servizi.

La migrazione è divisa in più passaggi progettati in modo da ridurre al minimo gli impatti legati all'erogazione dei vari workload di produzione, analizzando attraverso un Cloud Assessment tutti gli ambienti attualmente in uso da migrare sul Cloud ed effettuando tutti i test preliminari alla migrazione effettiva.

La Business Continuity è la continuità operativa o aziendale, ovvero la capacità di continuare a svolgere le proprie attività ed erogare prodotti e servizi in seguito di incidenti alle attrezzature, calamità naturale o attacco informatico. La traduzione in "continuità aziendale" pone l'accento non solo sui processi e sulla capacità produttiva ma anche su asset quali la gestione e reputazione del branding e l'immagine dell'azienda. Un business continuity management system (BCMS) efficace ha l'obiettivo di prevenire più possibili eventi avversi e minimizzare i danni nel caso si verifichino. L'ISO 22301: 2019 Societal security – Business continuity management system – Requirements è lo standard internazionale per la gestione della continuità operativa. Specifica i requisiti necessari per pianificare, stabilire, realizzare, rendere funzionante, monitorare e migliorare un sistema di gestione

che individui le possibili minacce rilevanti per l'azienda, ne riduca il rischio, e, nel caso si verifichino, renda l'impresa preparata e pronta a rispondere efficacemente senza intaccare la propria continuità operativa.

Rientrano nelle potenziali interruzioni: calamità naturali come terremoti, incendi, alluvioni, smottamenti idrogeologici, emergenze sanitarie come le pandemie, condizioni meteo proibitive, guasti alle attrezzature, infortuni o malattie del personale, furti, attacchi informatici.
La scelta della tecnologia DWDM permetterà di fatto di avere un datacenter unico ma con le appliance installate su due differenti SITE (Acilia <-> Caserta) permettendo di aggiungere un ulteriore grado di resilienza all'infrastruttura aggiungendo un ulteriore livello di Back Up infrastrutturale. Questo tipo di schema infrastrutturale permette di salvaguardare l'infrastruttura dati e la continuità operativa in un numero di casistiche superiore a quello garantito dalla normale gestione in High Availability garantito dalla duplica dei dati in un singolo site. Di seguito alcune delle casistiche coperte da questo tipo di soluzione.

- Caduta della Connessione Internet nel Sito Principale
- Caduta della Connessione MPLS nel Sito Principale
- Caduta dell'infrastruttura Firewall di Front End
- Caduta dell'infrastruttura Firewall di Back end
- Caduta dell'infrastruttura di Virtualizzazione nel Sito Principale

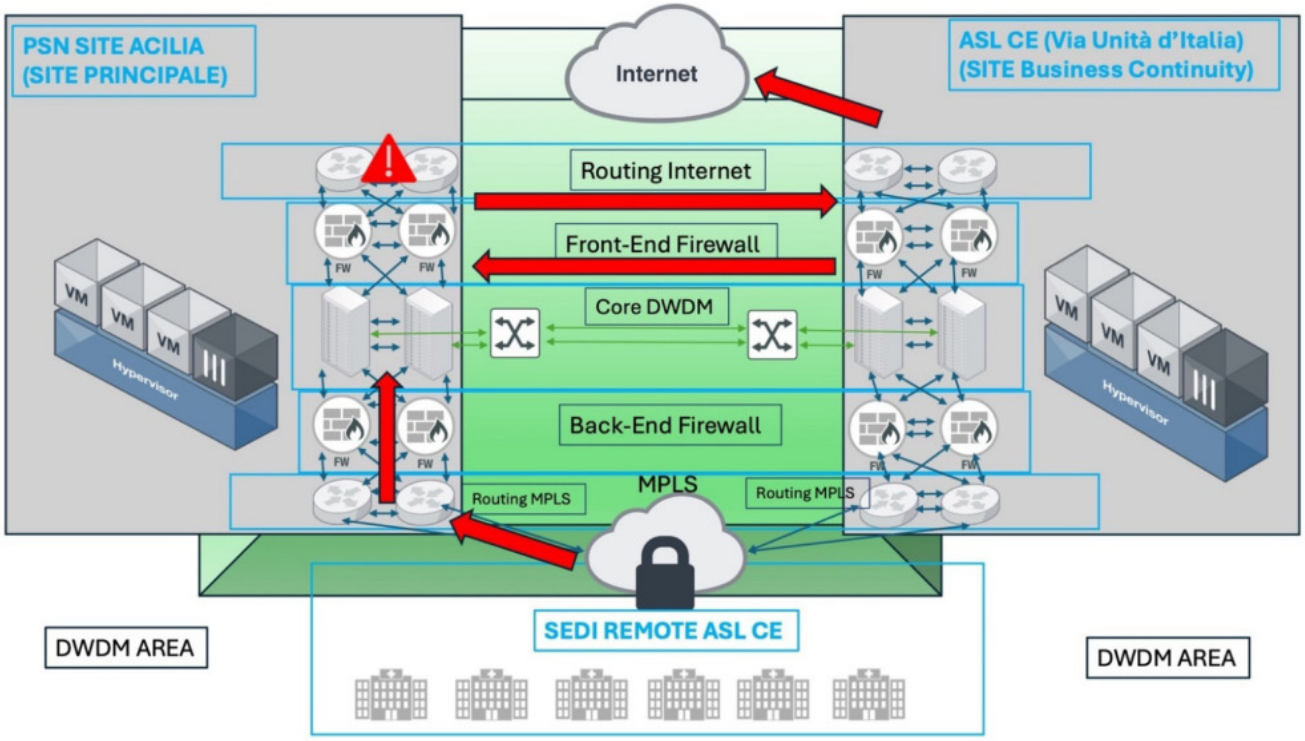



*Fig.49 : Scenario failover router di internet*

### 2.5.9 Portale cittadino con accesso CIE SPID per consultazione dossier sanitario

In ambito fondi PNRR – Missione 1 - Componente 1 – Misura 1.4.4 "Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di Identità Digitale – SPID CIE" è stato messo in opera un sistema di integrazione dei servizi aziendali con i provider di identificazione digitale.

In questo modo la nostra azienda è in grado di integrare le proprie piattaforme di servizi offerti agli assistiti al servizio nazionale per l'identificazione digitale tramite SPID e CIE.

È stato avviato tutto l'iter burocratico e operativo per accreditare l'Azienda come Service Provider, in questo modo la nostra azienda viene certificata da AgID e può erogare i servizi in maniera certa e sicura a tutti coloro che sono in possesso di un'identità digitale SPID, verificando le credenziali degli utenti con una chiamata all'Identity Provider che ha rilasciato lo SPID.

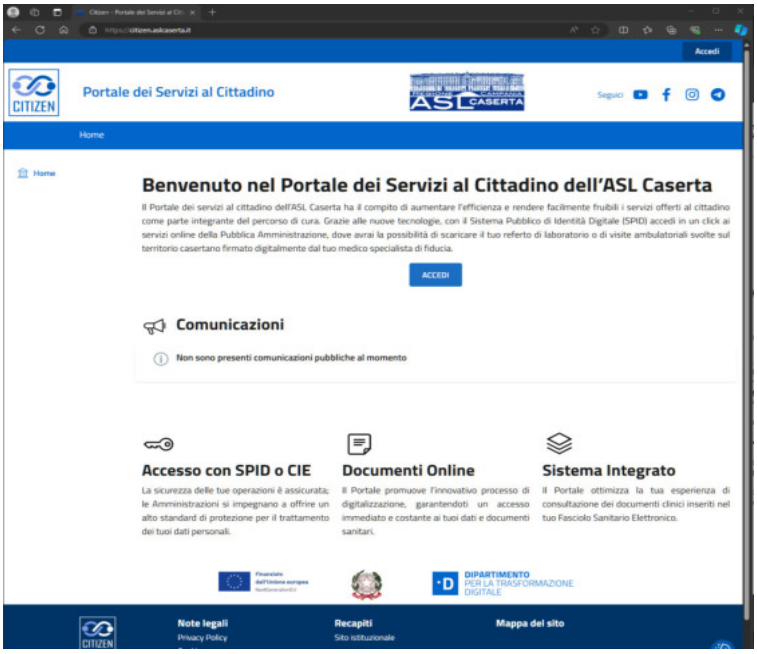



*Fig. 50: Portale dei servizi al cittadino*

## Obiettivi Raggiunti

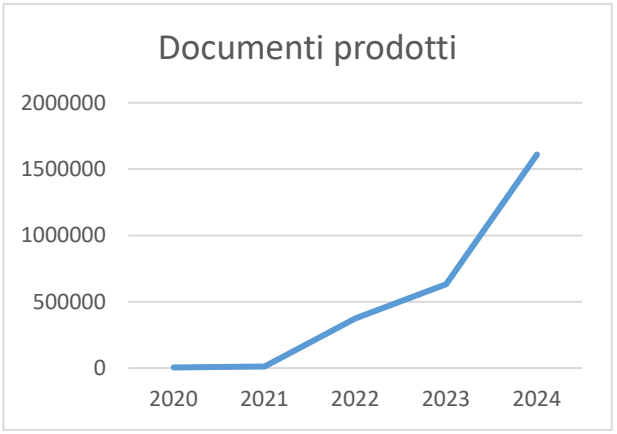
Il progetto sul portale Citizen ha raggiunto numerosi obiettivi significativi che hanno migliorato l'accessibilità e la sicurezza dei servizi digitali offerti ai cittadini. Tra questi obiettivi:

- **Integrazione SPID e CIE**: Il portale Citizen è stato progettato nativamente per permettere l'autenticazione tramite Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) e Carta d'Identità Elettronica (CIE). Questo ha garantito una maggiore sicurezza e facilità di accesso per gli utenti. Inoltre, questa integrazione ci permette di **raggiungere gli obiettivi dell'Avviso PNRR 1.4.4**, che mira a promuovere la digitalizzazione e la semplificazione dei servizi pubblici, migliorando l'accessibilità e l'usabilità per tutti i cittadini.
- Aumento della Trasparenza: Grazie alle nuove funzionalità integrate, i cittadini possono ora gestire e consultare i propri documenti in modo più trasparente e sicuro. **Soltanto nel primo mese di esercizio, il portale ha già registrato oltre 500 accessi distinti.**
- Miglioramento dell'Esperienza Utente: L'interfaccia del portale è stata ottimizzata per essere più intuitiva e user-friendly, riducendo i tempi di accesso e semplificando la navigazione. Sono state seguite le linee guida AGID e utilizzati gli stili suggeriti per la pubblica amministrazione (Bootstrap Italia).
- Accessibilità e usabilità: l'accessibilità del portale è stata già validata tramite tool offline per strumenti di lettura assistita e attualmente è in corso il processo di autocertificazione e validazione per l'anno 2025.

## Funzionalità Offerte

Il portale Citizen offre la possibilità all'assistito di accedere dalla propria area personale a vari documenti e funzionalità:

- **Documenti Sanitari**: sono i documenti dell'assistito inviati al Repository Aziendale da tutti i software aziendali quali ad esempio: referti specialistici, analisi di laboratorio, lettere di dimissioni ospedaliere e certificati vaccinali. Attualmente, **sono disponibili circa 2.633.177 documenti**, che hanno coinvolto 943.866 utenti. Per il solo 2024, i documenti prodotti e messi a disposizione sul repository sono 1.609.863 che, su 4 anni di esercizio del repository aziendale, rappresenta un notevole miglioramento delle performance grazie alla sinergia delle tecnologie adottate e all'impegno profuso da tutte la parti coinvolte.




- **Pratiche di Recupero Ticket**: è disponibile per l'assistito tutta la documentazione relativa ai pagamenti dei ticket e al loro rateizzo, le autocertificazioni inviate al MEF e la possibilità di monitorare il loro stato. Attualmente sono disponibili circa 985.251 pratiche con relativi documenti tutti scaricabili in formato PDF dal portale.
- **Notifiche Personalizzate**: Il sistema può inviare notifiche automatiche per ricordare scadenze importanti, aggiornamenti di documenti e avvisi sia su bacheca pubblica che privata.
- **Accesso Mobile**: Il portale è ottimizzato per l'accesso da dispositivi mobili, permettendo agli utenti di utilizzare i servizi ovunque si trovino.

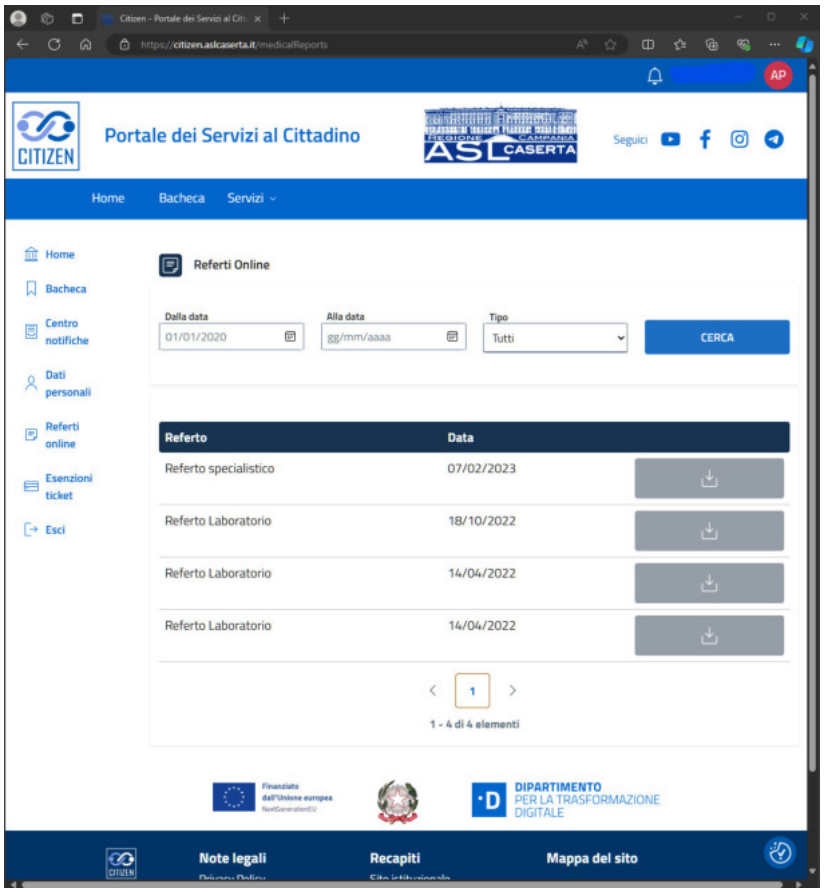



*Fig.: 51: Portale scarico referti*

In conclusione, il progetto sul portale Citizen ha portato a una significativa evoluzione dei servizi digitali per i cittadini, migliorando l'accessibilità, la sicurezza e la trasparenza. L'integrazione di SPID e CIE ha rappresentato un passo importante verso una digitalizzazione più efficiente e sicura.

### *2.5.10 Piattaforma Interlego per l'integrazione tra Ospedale, Territorio e Medicina di Base.*

L'obiettivo del progetto è quello di implementare un sistema che realizzi, in maniera veloce e semplificata, una collaborazione tra azienda-medico-assistito tramite una forte integrazione tra le parti in causa.

In particolare, verrà realizzato un sistema aziendale di archiviazione dei documenti sanitari e i consensi informati prodotti attraverso le strutture Aziendali che renderà disponibile, in modo semplice ed efficace, agli assistiti e ai medici specialisti e di base tutti i documenti necessari. In questo modo verranno ridotte tutte le criticità legate al recupero da parte degli assistiti di analisi pregresse necessari alla corretta diagnosi da parte dei medici specialisti.

L'assistito, inoltre, potrà gestire in maniera completamente autonoma tutti i consensi prestati all'azienda in modo da poterli recuperare e/o revocare in ogni momento.

Tramite l'integrazione con un sistema di acquisizione di dati biometrici (come tavolette grafometrica… ) sarà infatti possibile digitalizzare tutta la documentazione firmata dagli assistiti tramite appositi totem o sportelli informativi dedicati situati nei centri diagnostici interni all'azienda.

Questo progetto mira a promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente, fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione. Gli obiettivi includono l'eliminazione delle barriere di comunicazione, la fruibilità e la custodia dell'informazione, e la creazione di un percorso assistenziale integrato tra ospedale e territorio

Interlego, sarà un sistema integrato Ospedale-Territorio che ricondurrà tutti i processi sociosanitari e amministrativi ad una unica gestione, basandosi sull'interoperabilità con altri sistemi a garanzia, univocità e affidabilità dei dati amministrativi e clinici.

Alla base della progettazione di Interlego ci sono i seguenti principi fondamentali:

- ✓ la persona al centro dei processi per la salute;
- ✓ la continuità assistenziale tra ospedale e assistenza primaria;
- ✓ garantire un accesso equo ai servizi sanitari erogati, anche in riferimento ad una maggiore appropriatezza ed ai tempi di attesa;
- ✓ migliorare la qualità dell'informazione e condividerla nelle attività di diagnosi, di prevenzione, di cura e di riabilitazione;
- ✓ standardizzare le informazioni e il linguaggio nell'ambito della salute; e rispettare tutti i requisiti di sicurezza e privacy.

Inoltre, il progetto prevede la raccolta e gestione delle informative e dei consensi da proporre agli assistiti, rendendo la comunicazione con il paziente semplice, chiara ed esaustiva. Sarà possibile proporre le stesse informative in formati diversi per comprendere, ad esempio, diverse lingue o testi ottimizzati per l'ascolto tramite strumenti text-to-speech.

Il nuovo sistema informativo sociosanitario che ne verrà fuori consentirà così la gestione e la condivisione delle informazioni di vari percorsi di cura, tra cui:

- ✓ Percorsi di emergenza urgenza: Gestione delle emergenze e urgenze sanitarie.
- ✓ Percorsi di ricovero in ospedale: Gestione dei ricoveri ospedalieri.
- ✓ Percorso chirurgico: Gestione delle procedure chirurgiche.
- ✓ Centrali operative territoriali (COT): Coordinamento delle attività sanitarie sul territorio.
- ✓ Cartella clinica sociosanitaria territoriale integrata: Case della comunità, Cure domiciliari, Hospice, Chronic Center, Ospedale di comunità altri

Tutti i percorsi di cura sono progettati per garantire una gestione unificata e integrata dei processi sociosanitari, migliorando la qualità dei servizi offerti e facilitando la collaborazione tra ospedale e territorio.

Infine, all'interno di Interlego è previsto l'utilizzo di un sistema di gestione documentale che consentirà di gestire in modo efficiente e sicuro i documenti elettronici relativi ai diversi processi sanitari e amministrativi della piattaforma (come, ad esempio, i percorsi di cura, la firma grafometrica, la cartella medici di base). Il sistema di gestione documentale e workflow offrirà e garantirà le seguenti funzionalità:

- ✓ Conservazione sostitutiva
- ✓ Creazione di workflow personalizzati
- ✓ Integrazione con tutte le altre componenti di Interlego

La gestione documentale e dei workflow rappresenta il fulcro del progetto, in quanto assicura il valore legale, la sicurezza e la tracciabilità dei documenti elettronici che attestano le varie attività e interazioni della piattaforma, e contribuisce alla soddisfazione degli utenti.

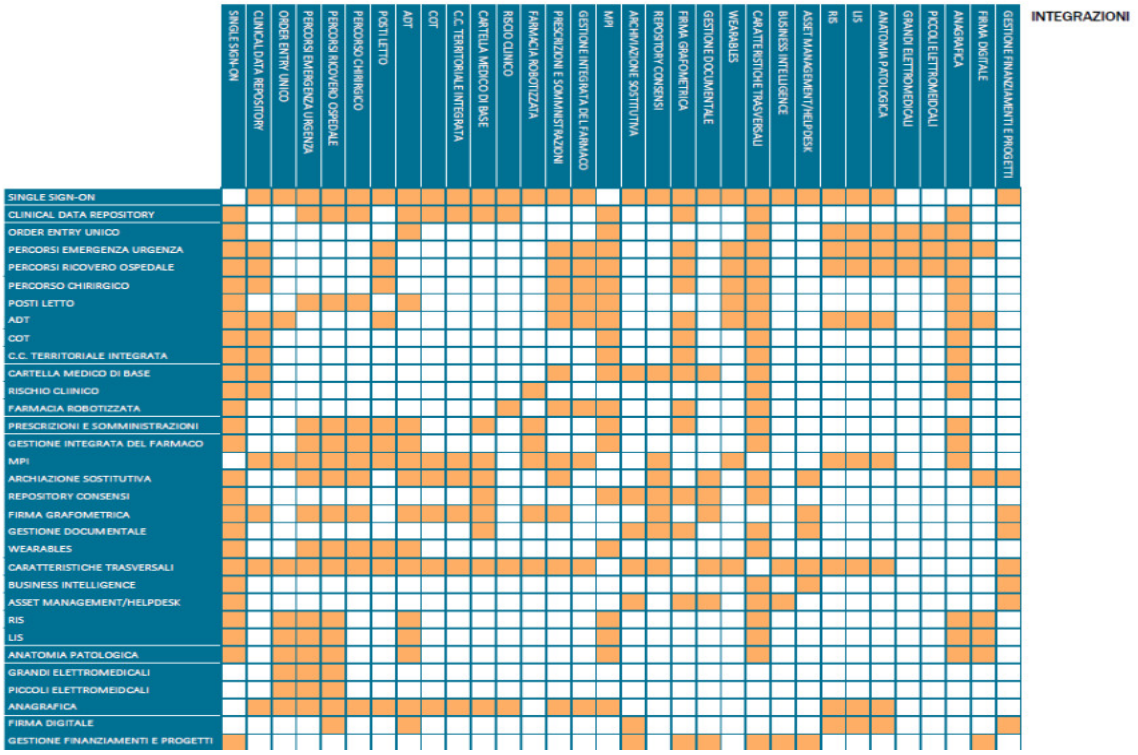



*Fig. 52: Integrazioni*

## *2.5.11. Piattaforma di Digital Signage*

È stata evidenziata la necessità aziendale di dotarsi di strumenti e sistemi informativi omogenei interaziendali volti a comunicare in tempo reale informazioni aggiornate per la corretta fruizione dei servizi offerti dall'ente, messaggi o informazioni e per mostrare all'utenza i tempi di attesa medi nelle strutture di Pronto Soccorso.

È stata individuata una soluzione che permette di gestire in maniera remota e immediata tali strumenti in modo da controllare in modo capillare i monitor sia riguardo i contenuti che la corretta operatività degli stessi.

Il Digital Signage è il sistema di comunicazione che permette di visualizzare qualsiasi contenuto multimediale (immagini, video, social, news, rss…) su monitor, trasformando ogni schermo in un potente strumento di comunicazione, segnalazione e anche di "marketing" interattivo perché cattura l'attenzione dell'utenza, già all'ingresso.

Sono stati acquistati, oltre al sistema di monitoraggio e di distribuzione dei contenuti, 10 monitor 55'' con risoluzione 4k e luminosità 700nit. Sono stati dislocati sul territorio della provincia di Caserta presso i diversi presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria Locale.

La licenza d'uso acquisita permette inoltre di gestire e comandare anche i dispositivi compatibili già installati sul territorio.

### *2.5.12 Aggiornamento in Real-time Stato del Paziente in Pronto Soccorso*

L'obiettivo del progetto è quello di implementare un servizio di messaggistica SMS che invii ad un recapito di un contatto familiare/caregiver l'aggiornamento sugli stati di avanzamento dell'accesso al Pronto Soccorso.

Il recapito deve essere esplicitamente comunicato dal paziente in sede di Accettazione/Triage e verrà utilizzato solo per questo singolo episodio, verrà inoltre firmato uno specifico consenso informato dal paziente che autorizza la struttura sanitaria ad inviare aggiornamenti al familiare/caregiver.

Nel messaggio non verrà mostrato alcun dato personale e sanitario che possa ricondurre all'identità del paziente in maniera esplicita mantenendo la riservatezza dell'informazione.

Con questo sistema sarà possibile informare il familiare, nel rispetto delle vigenti normative in tema di privacy, per l'accettazione in Triage e Pronto Soccorso, eventuali cambi di stato d'urgenza e codice Triage, indagini o consulenze in corso, somministrazione terapie, dimissione e ricovero in Reparto o trasferimento.

In questo modo il sistema fa sì che chi aspetta un paziente sia aggiornato in tempo reale sulla salute del proprio caro riducendone lo stress.

Sono stati adeguati i sistemi informativi attualmente presenti sul territorio per adeguarli alla memorizzazione delle informazioni aggiuntive e per l'invio degli SMS in maniera automatica.

### *2.5.13. Sanità Connessa 2.0*

Il Piano "Sanità connessa" intende garantire la connettività per le strutture sanitarie, dagli ambulatori agli ospedali, con velocità simmetriche di almeno 1 Gbps e fino a 10 Gbps

Il costo complessivo del Piano è di circa 501 milioni di euro e prevede, oltre a fornire connettività e accesso ad Internet veloce, anche assistenza tecnica e servizi di manutenzione a circa 12.280 strutture sanitarie in tutto il Paese. È previsto inoltre, per circa 4.700 edifici, il passaggio a reti in grado di fornire il suddetto livello di connettività. Le strutture sanitarie interessate riceveranno inoltre apparecchiature terminali (modem/router) necessarie per connettersi alla rete. La nuova rete sarà interamente finanziata e di proprietà dello Stato e sarà gestita da uno o più operatori che verranno scelti sulla base di un processo di selezione competitivo, aperto, trasparente e non discriminatorio, rispettando il principio di neutralità tecnologica.

L'ASL Caserta ha aderito al bando è attualmente sono in corso i lavori per portare la connettività di tutti i PP.OO. a 10Gbps e tutte le altre sedi a 1Gbps.

### *2.5.14 Aggiornamento e Restyling Sito Aziendale*

Particolare cura viene posta nella realizzazione e manutenzione del Sito Aziendale. La struttura del Sito prevede una "Home page" attraverso la quale è possibile accedere in modo facile e diretto alle principali informazioni.. L'Azienda si propone per il prossimo triennio di individuare ulteriori dati, informazioni e documenti la cui pubblicazione non è prevista obbligatoriamente dalla legge, previa anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in osservanza delle norme in materia di protezione dei dati personali, nella Sezione "*Amministrazione Trasparente" –sottosezione Altri contenuti*.

In particolare, viene prevista la pubblicazione quali dati ulteriori:

- *Formazione risorse umane*: i piani formativi adottati dall'Amministrazione, oltre ai documenti relativi alla valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione interna;

- *Censimento Permanente Autovetture*: Adempimenti ex art. 4 del D.P.C.M. del 25 settembre 2014 “Determinazione del numero massimo e delle modalità di utilizzo delle autovetture di servizio con autista adibite al trasporto di persone”;
- *Privacy;*
- *Regolamenti aziendali;*
- *FAQ ANAC.*
- *PNRR*

La Home page, vera vetrina dell’Azienda è stata arricchita di contenuti per rendere più facile e veloce l’accesso del cittadino ai servizi richiesti.

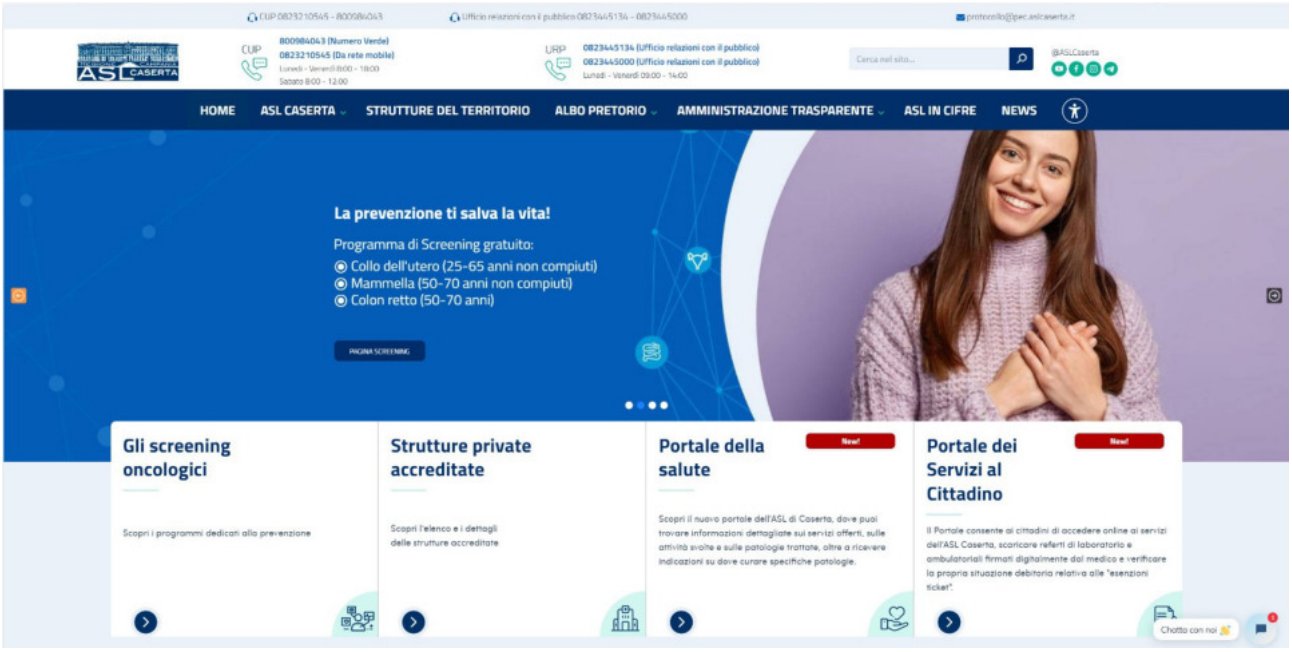



*Fig. 52 - Home page del portale ASL*

Per facilitare l’accesso degli utenti sono state individuate due macro aree “Dedicato a” e “Come fare per” dove l’utente, a seconda dei quesiti ed informazioni da acquisire ha un accesso facilitato




*Fig. 53 - Sezioni “dedicato a “Come fare per…”*

L’area “Dedicato a” presenta diversi box per tipologia di utenti e ognuna porta ad una specifica sezione con sottosezioni dedicate alle informazioni della tipologia scelta.

La “card” della sezione “Come fare per” è stata ristilizzata per esplicitare le sezioni ad accesso più comune lasciando un link verso tutti gli altri servizi.

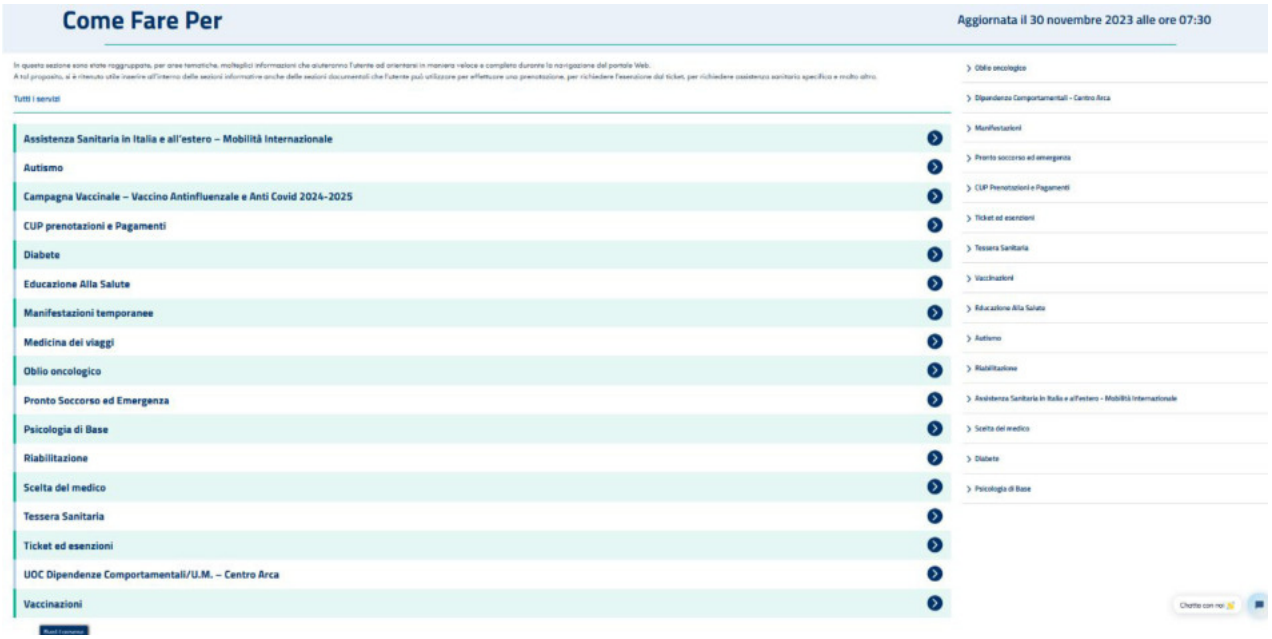



*Fig. 54 - Dettaglio Sezione "Come Fare per"*

Grande spazio è stato dedicato agli screening oncologici con una specifica sezione per i quattro principali screening con tutte le informazioni necessarie e con la possibilità di registrare la sua richiesta di Adesione per poi essere convocato secondo l'ordine cronologico di prenotazione.

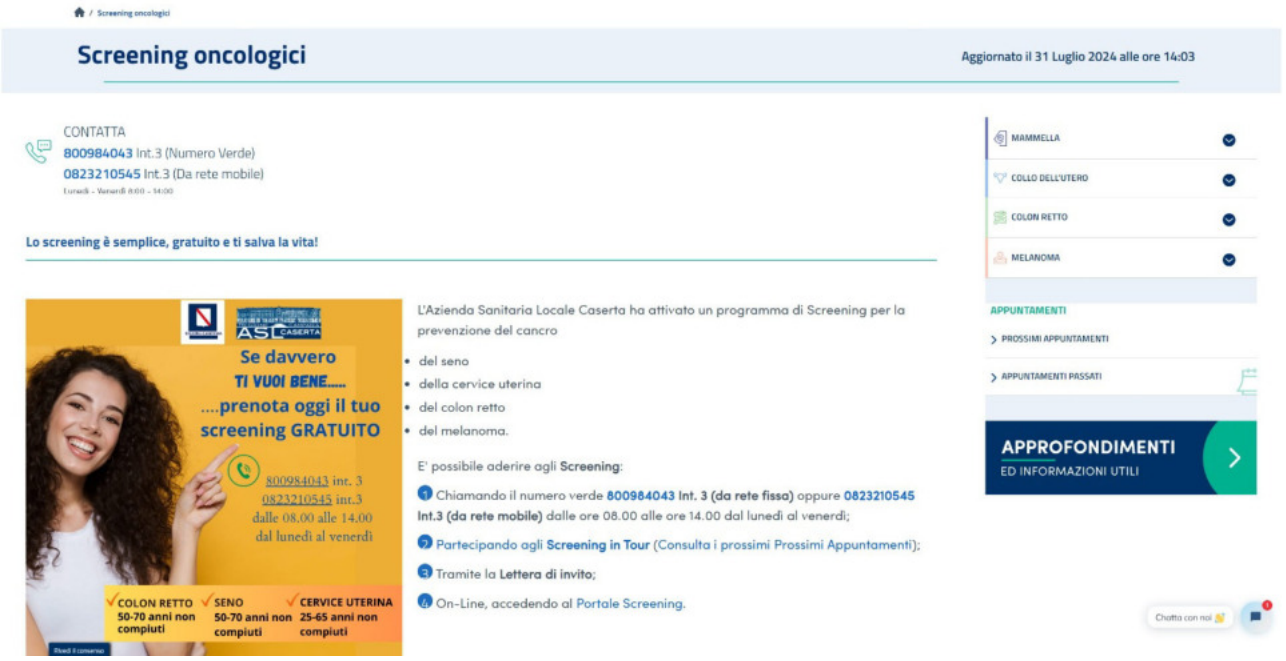



*Fig. 55 – Sezione screening Oncologici*

Tra i servizi al cittadino è stata ristrutturata la sezione in cui è possibile richiedere e visualizzare i propri screening o inserire un esito di test eseguito in autonomia.




*Fig. 56 - Portale screening*

La sezione News è stata divisa in tre: a sinistra "News & eventi" con la possibilità di scorrere i diversi contenuti con le apposite frecce, a destra l'elenco degli ultimi cinque Bandi di Concorso in ordine di pubblicazione e con un link diretto alla sezione, al centro è stata inserita una sezione dedicata al TG ASL dove sono inseriti i Servizi audio visivi di informazione Istituzionale ASL Caserta.




*Fig. 57 - Sezione News*

Analogamente è stata prevista una sezione dalla quale gli utenti possono prendere conoscenza dei tempi di attesa nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri dell'ASL.

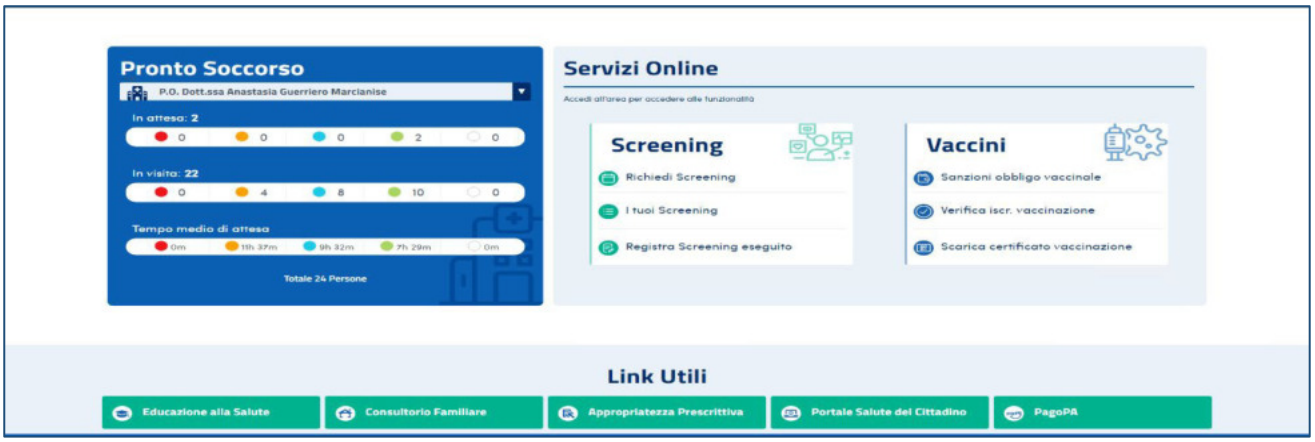



*Fig. 58 - Sezione tempi di attesa Pronto soccorso dei PP.OO. Aziendali – sito aziendale*

### *Nuova area dedicata ai servizi online al cittadino*

Direttamente in home-page nel carosello di immagini che scorre in primo piano è stata aggiunta una sezione dedicata a raggruppare tutti i servizi utili al cittadino.

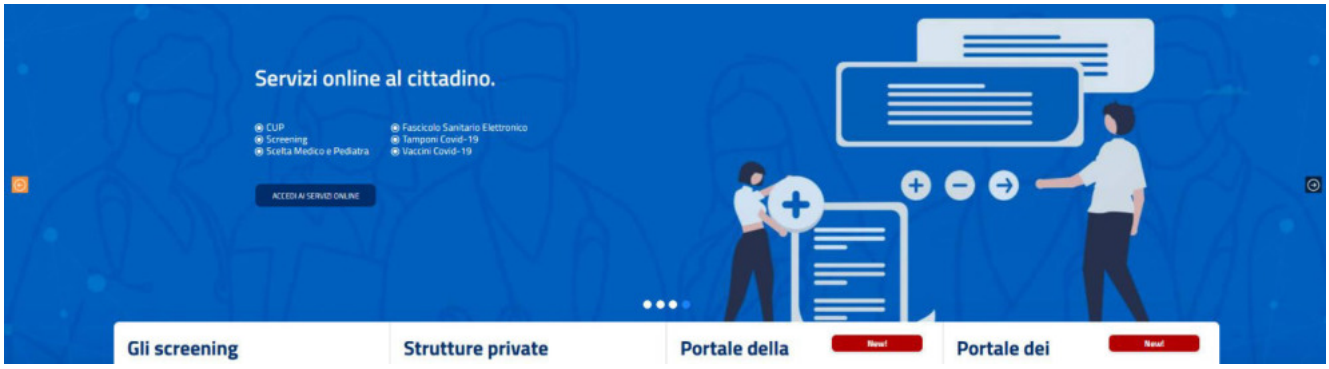



*Fig. 59 - Sezione servizi On Line*

Attraverso specifica area dedicata, il cittadino può accedere ai diversi servizi messi a disposizione dall'ASL o dal portale regionale in ambito Sanitario:

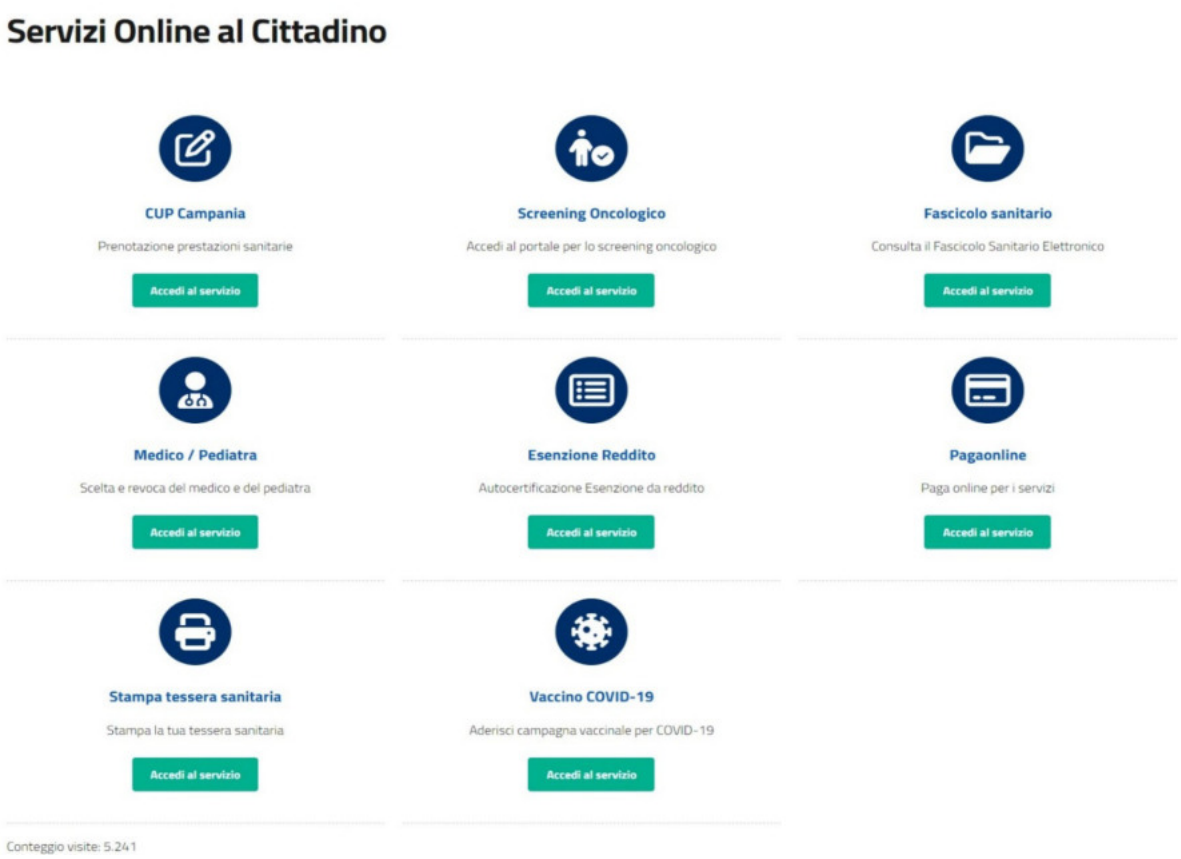



*Fig. 60 - Sezione servizi On Line al Cittadino*

È stata creata una sezione chiamata "ASL in cifre", che ha il compito di mostrare parte dei risultati ottenuti dall'ASL come "Numero screening effettuati, Accessi al pronto soccorso, Ricoveri totali" ecc….; è stata posizionata nel menu principale del sito.

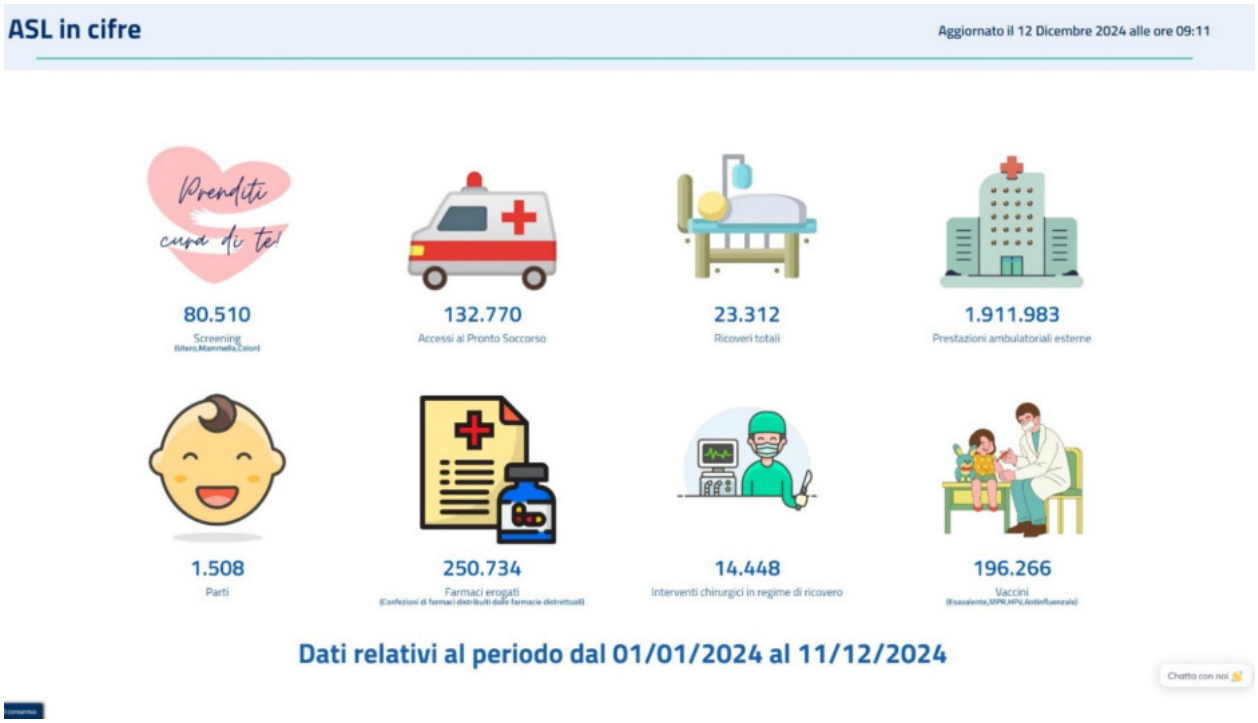



*Fig. 61 - Sezione "ASL in cifre"*

### *Portale della Salute*

In fase di completamento il progetto per la realizzazione di un sito Web per l'ASL su un sottodominio del dominio principale con le seguenti peculiarità:

1- Ottimizzazione per i motori di ricerca per consentire una maggiore visibilità e facilitazione per l'accesso ai cittadini per le informazioni sanitari essenziali;
2- Sito più chiaro, accessibile e concentrato sulle esigenze specifiche degli utenti.
3- Adottate combinazioni tecnologiche facilmente aggiornabili e manutenibili anche in relazione a future esigenze e cambiamenti tecnologici.

Inoltre, il nuovo sito garantisce:

a- Conformità agli standard di accessibilità
b- Sicurezza e affidabilità
c- Conformità con le linee guida AgID

Inoltre, il nuovo sito è stato progettato per essere una risorsa informativa essenziale per i cittadini che desiderino informarsi riguardo i servizi offerti dall'Azienda.

Il sito si offre come uno strumento pratico e immediato per guidare l'assistito attraverso i suoi dubbi, e i suoi quesiti al reparto o servizio adatto alle sue esigenze. Il sito sfrutta in modo intensivo i nuovi traguardi raggiunti dall'Intelligenza Artificiale in varie funzionalità a disposizione.

#### Home Page

La home page del nuovo portale si divide in otto sezioni ognuna ricca di informazioni e di modi per ricercare il reparto o servizio di interesse. Nella parte alta, oltre al menu orizzontale è presente una parte introduttiva che spiega le finalità del nuovo portale, con colori tenui e un design moderno e accattivante.




*Fig. 62 - Home Page del nuovo portale*

Subito sotto è presente un form di ricerca per chi vuole sfruttare subito il potente motore di ricerca presente e non navigare ulteriormente il portale. Successivamente sono invece presentate le aree dedicate che rappresentano ognuno dei "portali autonomi" all'interno del Portale della Salute.

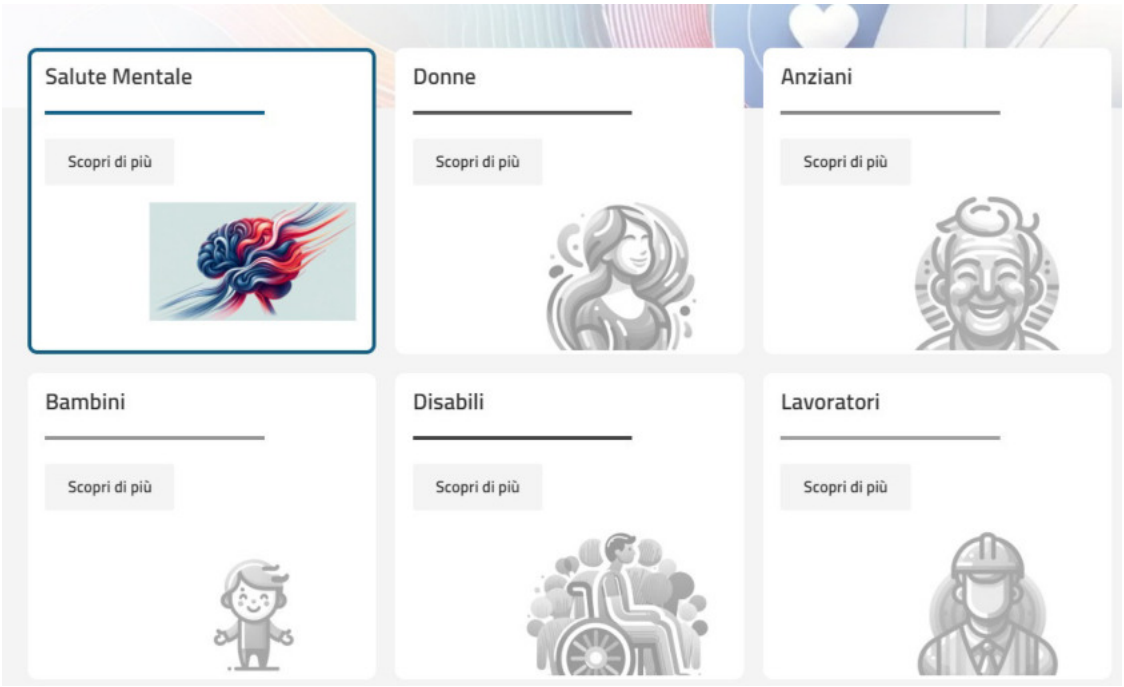



*Fig. 63 - Sezione Ricerca: servizio, patologia o altro*

Sono state inserite e collegate un gran numero di patologie (circa 200) alle unità operative dell'asl che le trattano. Questo permette all'utente di essere informato totalmente sulla presenza di centri e servizi volti al trattamento della sua patologia all'Asl di Caserta. È presente quindi una sezione chiamata "Patologie", facilmente raggiungibile dalla home page, che raggruppa le oltre 200 patologie con tutte le informazioni necessarie all'utente.




*Fig. 64 - Sezione "Patologie"*

Ogni patologia presente sul sito mostra anche informazioni di tipo descrittivo, come le cause, i sintomi, consigli medici ecc.

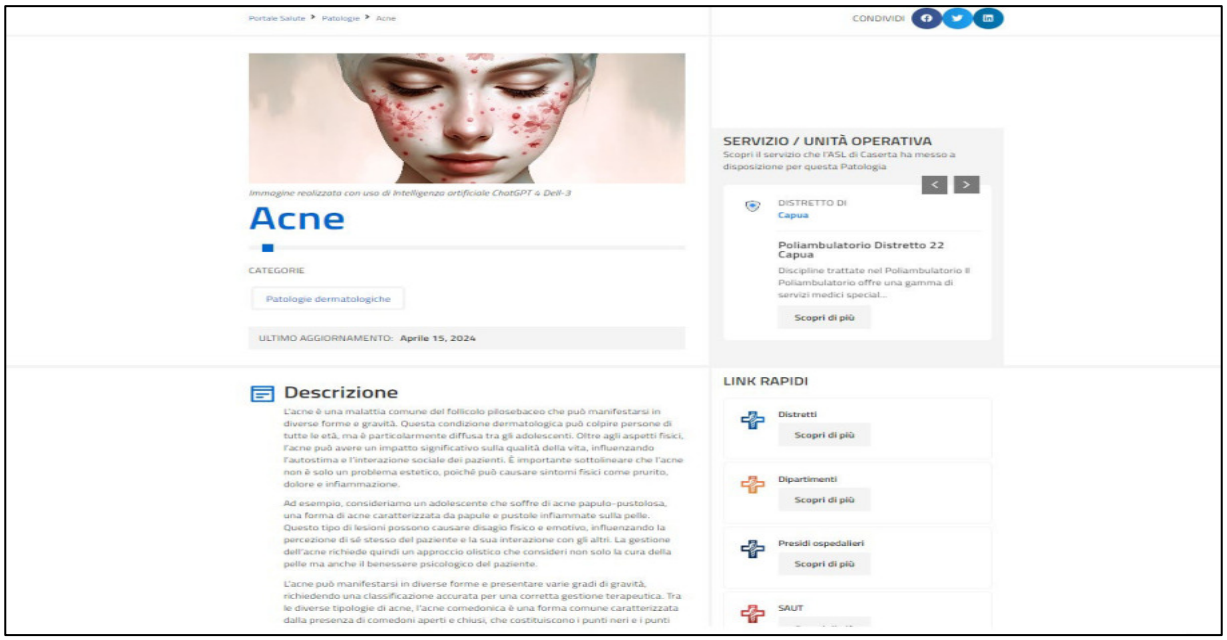



*Fig. 65 - Informazioni riguardo le patologie*

Ogni categoria contiene molteplici informazioni, come le patologie più comuni ad essa, come e dove trattarle, come prevenirle e tanto altro. Ad esempio, nelle prossime figure saranno mostrate le informazioni relative alla categoria “Donne” e “Anziani”.

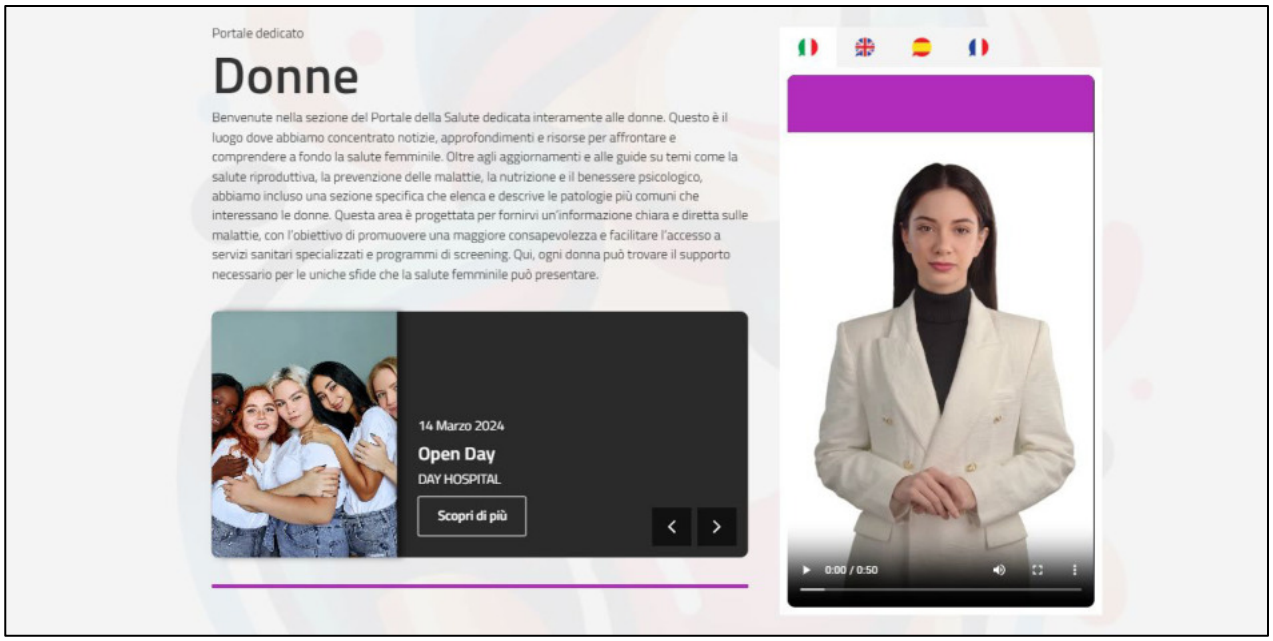


*Fig. 66 - Categorie “Donne”, homepage*

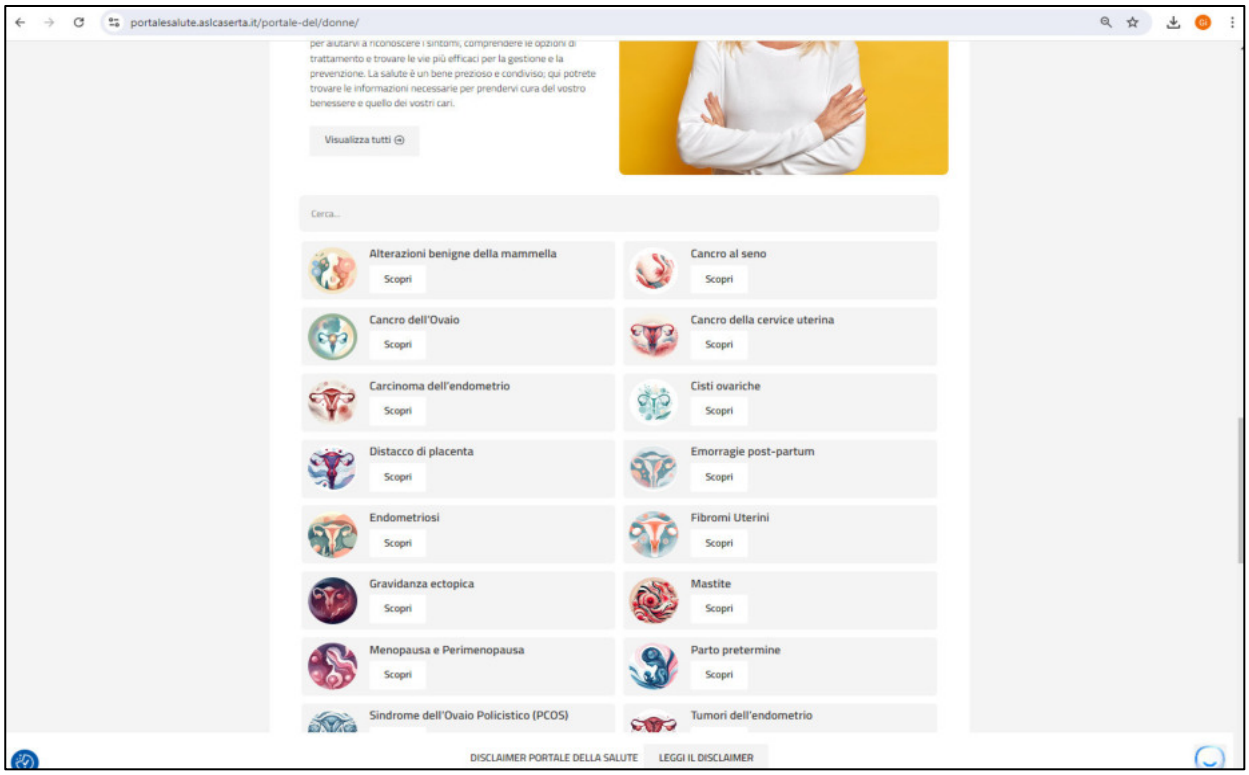


*Fig. 67 - Categoria “Donne”, patologie associate*

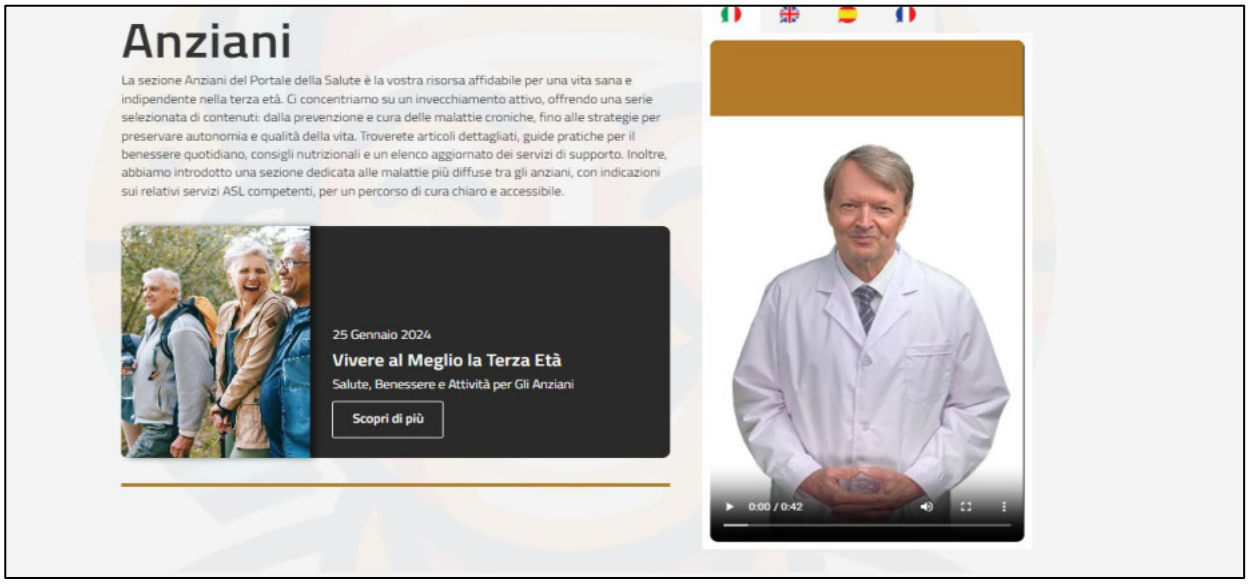



*Fig. 68 - Categoria "Anziani", homepage*

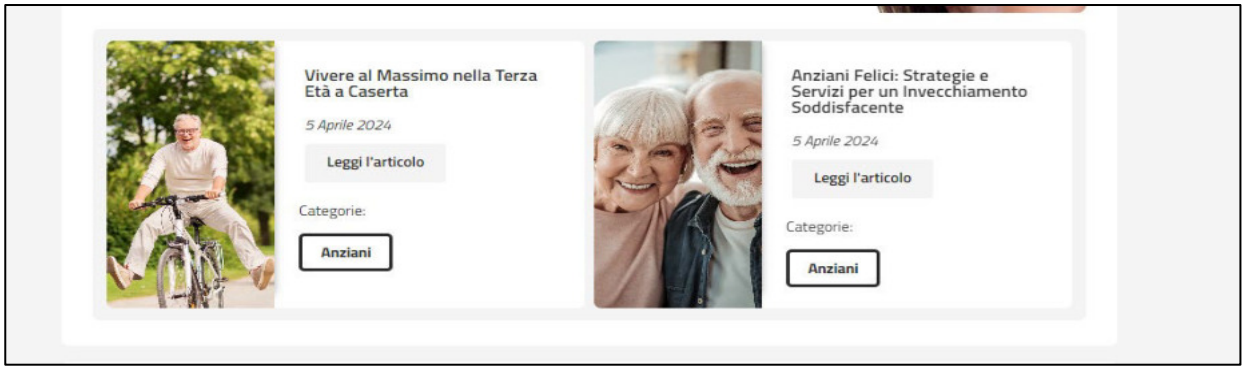



*Fig. 69 - Categoria "Anziani", News*

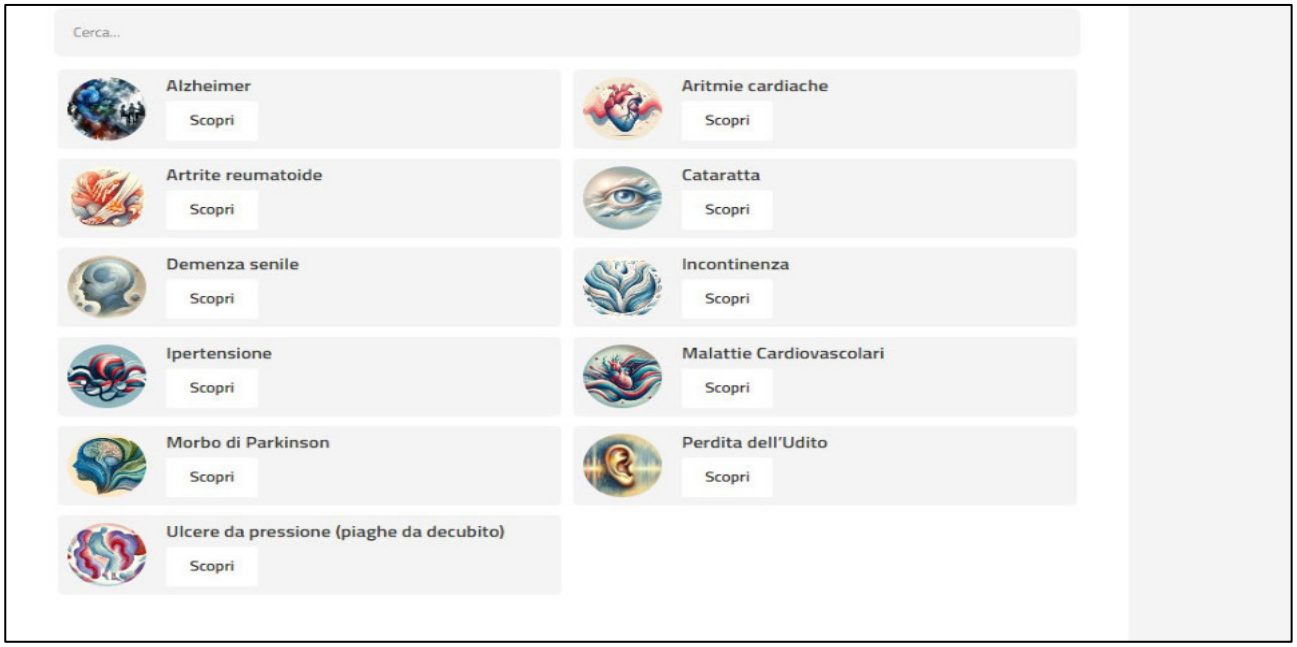



*Fig. 70 - Categoria "Anziani", patologie associate*

È stata aggiornata la sezione "I Servizi", arricchendola di tutti i servizi appartenenti all'Asl di Caserta.




*Fig. 71 - Sezione "I Servizi"*

Ogni servizio contiene molteplici informazioni di tipo descrittivo, come le discipline trattate, l'elenco delle prestazioni erogate (nel caso sia un poliambulatorio), recapiti, indirizzi, informazioni al paziente, patologie trattate ecc..




*Fig. 72 - Pagina di esempio Servizio Poliambulatorio Distretto 12 Caserta, informazioni base*

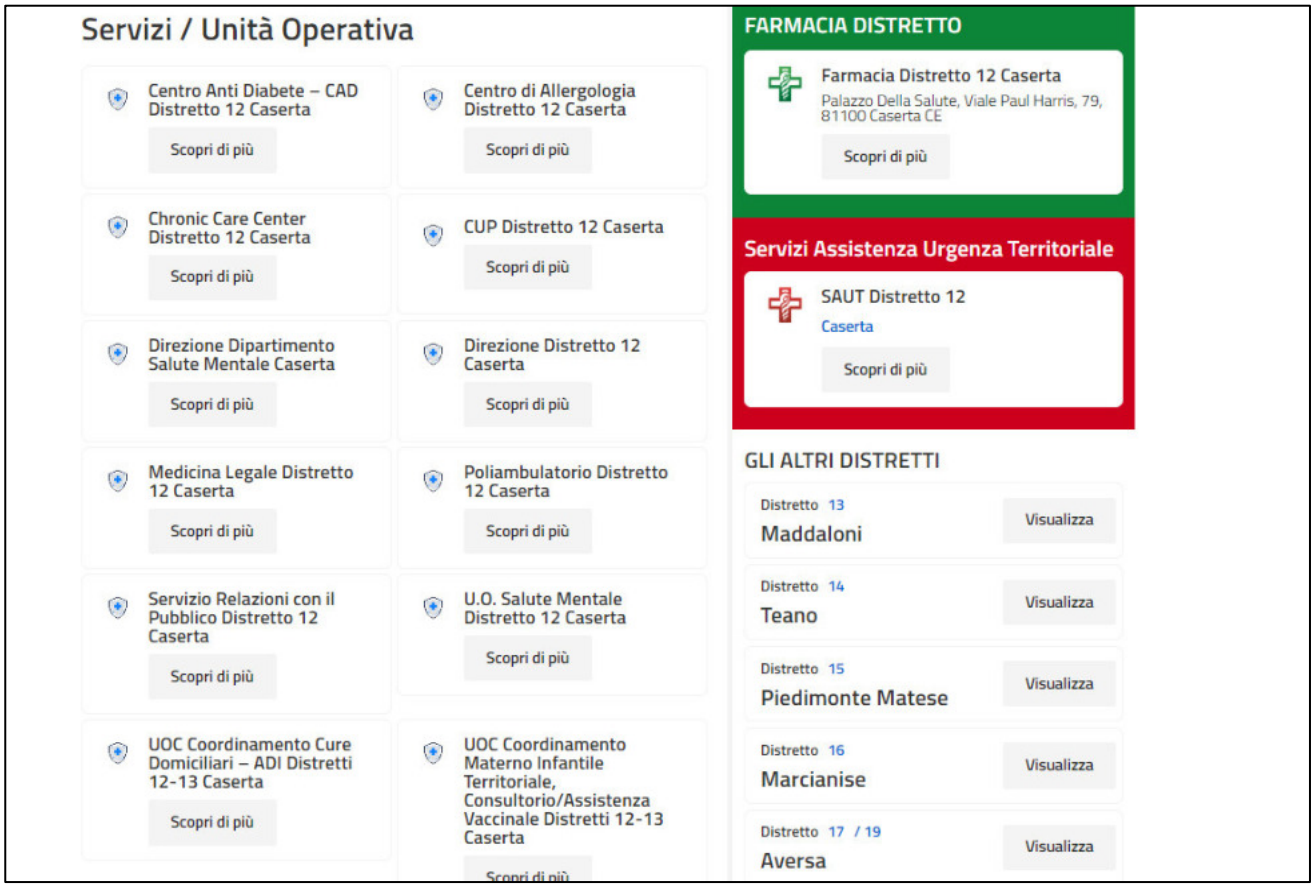



*Fig. 73 - Esempio Distretto 12 Caserta*

È stata aggiornata la sezione "Le strutture", arricchendola di tutte le macrostrutture appartenenti all'Asl di Caserta. Sono stati aggiunti i Presidi ospedalieri.




*Fig. 74 - Sezione "Le strutture", Presidi ospedalieri.*

Ogni macrostruttura contiene molteplici informazioni tipo indirizzi, recapiti, informazioni per il paziente, informazioni per i cittadini, i servizi contenuti in queste macrostrutture ecc. Esempio Macrostruttura P.O. S. Rocco Sessa Aurunca.

### *Aggiunta del modulo Web Analytics Italia*

È stato aggiunto il modulo integrato di Web Analytics Italia sviluppato dall'Agenzia per l'Italia Digitale per il monitoraggio qualitativo degli accessi dell'utente.

Tramite questo strumento è possibile analizzare le singole visite, le visite ripetute, il tempo medio di permanenza sul sito, il numero di azioni medie per visita e la localizzazione dei singoli utenti. Il tutto viene realizzato in maniera completamente GDPR Compliant e utilizzando cookie anonimi che non salvano informazioni dell'utente nei sistemi.




*Fig. 75 - Statistiche "Visite nel periodo"*

È reso disponibile anche il dettaglio di navigazione sulle singole pagine di ingresso, cioè la prima pagina da cui inizia la navigazione sul portale.

## Visite alle pagine

| TITOLO PAGINA DI ENTRATA | ENTRATE | RIMBALZI | % RIMBALZI |
|---|---|---|---|
| Asl Caserta - Home Page - Asl Caserta | 18,6% 16.541 | 3.170 | 19% |
| Delibere - Asl Caserta | 11,3% 9.982 | 5.336 | 53% |
| Dipendenti ASL - Asl Caserta | 10,1% 8.980 | 632 | 7% |
| Altri | 3,4% 3.000 | 1.103 | 37% |
| Delibere anno 2024 - Asl Caserta | 3,1% 2.762 | 1.628 | 59% |
| Scelta del medico - Asl Caserta | 2,7% 2.355 | 389 | 17% |
| Determine Dirigenziali - Asl Caserta | 2,3% 2.027 | 1.009 | 50% |
| Pubblicazioni Turni Vacanti, Graduatorie ed Esclusioni Specialistica Ambulatoriale - Asl Caserta | 2,3% 1.998 | 733 | 37% |
| 10 - Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, dur... | 1,9% 1.703 | 886 | 52% |
| CUP prenotazioni e Pagamenti - Asl Caserta | 1,8% 1.641 | 561 | 34% |
| Bandi di concorso - Asl Caserta | 1,6% 1.449 | 83 | 6% |
| Albo Pretorio - Asl Caserta | 1,5% 1.358 | 60 | 4% |
| I nostri Centri Vaccinali - Asl Caserta | 1% 879 | 379 | 43% |
| P.O. S. Giuseppe Moscati Aversa - Asl Caserta | 0,9% 788 | 226 | 29% |
| Distretto 17/19 - Aversa - Asl Caserta | 0,8% 712 | 253 | 36% |
| Screening oncologici - Asl Caserta | 0,8% 710 | 119 | 17% |
| Altri Avvisi e Selezioni - Asl Caserta | 0,7% 665 | 237 | 36% |
| Page not found - Asl Caserta | 0,7% 629 | 101 | 16% |
| Tempi di attesa pronto soccorso - Asl Caserta | 0,7% 583 | 337 | 58% |

*Fig. 76 - Statistiche "Visite alle pagine"*

Vengono poi estratti alcuni indicatori di riepilogo in un'apposita tabella di KPI.

## Riepilogo delle visite

**89.155** visite, **39.775** visitatori unici -16,1%

**3 minuti 20 secondi** durata media di una visita -6,1%

**31%** visite rimbalzate (che hanno lasciato il sito dopo una pagina) -3,1%

**3,4** azioni per visita (pagine viste, download, outlinks e ricerche interne al sito) 0%

**242** numero massimo di azioni in una visita -71,6%

**257.689** pagine viste, **157.655** pagine viste uniche -14,3%

**2.752** totale ricerche sul tuo sito, **1.464** keyword uniche -22,4%

**15.339** downloads, **12.349** download unici -16,4%

**28.025** link esterni, **21.931** outlinks unici -16,8%

*Fig. 77 - Statistiche "Riepilogo delle visite"*

Viene mostrata, infine, una distribuzione geografica degli utenti




*Fig. 78 - Statistiche "Provenienza geografica degli utenti"*

### *2.5.15 Digitalizzazione dei processi e degli accessi*

Azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

| *1-Adesione vaccini* | |
|---|---|
| **Denominazione procedura** | ADESIONE VACCINI |
| **Modalità di accesso** | Tramite sito WEB aziendale www.aslcaserta.it Home page |
| **Fruibilità** | Tramite Desktop, Portatili, Cellulare |
| **Responsabile D ell'implementazione e manutenzione della Procedura** | Servizio C.di Gestione e Flussi Informativi |

*Tab.35: Adesione vaccini*

| *2-Adesione screening* | |
|---|---|
| **Denominazione procedura** | ADESIONE SCREENING |
| **Modalità di accesso** | Tramite sito WEB aziendale www.aslcaserta.it Home page |
| **Fruibilità** | Tramite Desktop, Portatili, Cellulare |
| **Responsabile dell'implementazione e manutenzione della Procedura** | Servizio C.di Gestione e Flussi Informativi |

*Tab.36: Adesione screening*

Tra i servizi al cittadino è stata ristrutturata la sezione in cui è possibile:

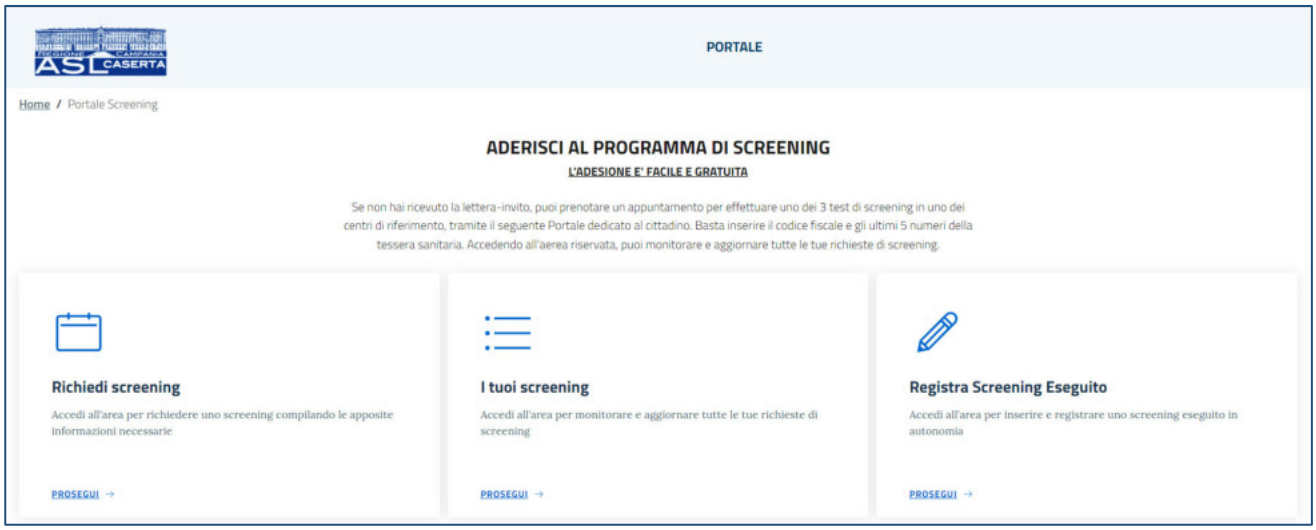
- Prenotare gli screening
- Acquisire i propri referti
- Registrare gli screening eseguiti







*Fig. 79 e 80: Adesione screening tramite portale Web – ASL Caserta*





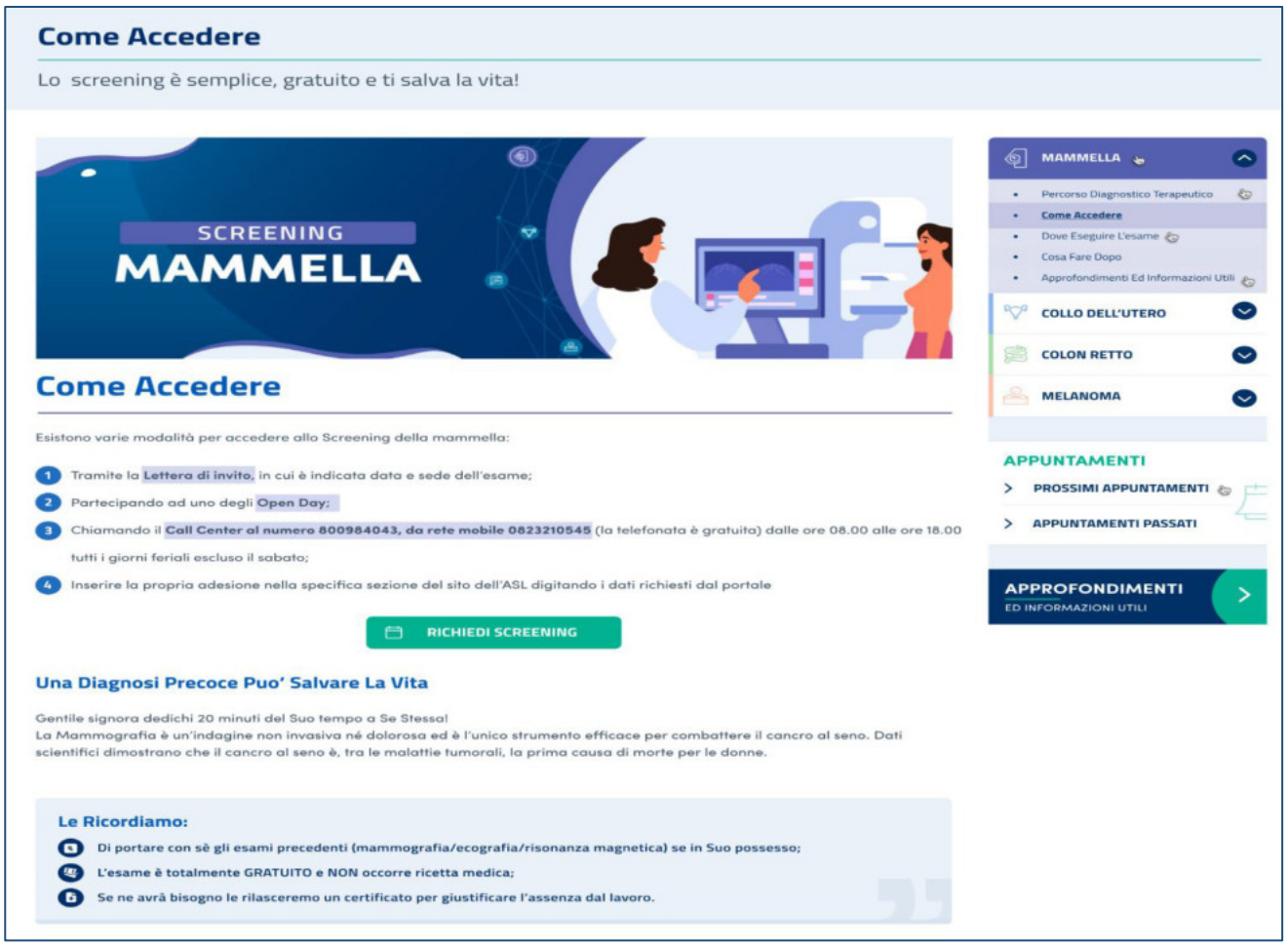




*Fig. 81 e 82- Portale screening*

L'ASL di Caserta attraverso il proprio Sito ha la necessità di semplificare e rendere più accessibile ed immediata la comunicazione delle informazioni sanitarie ai cittadini. Attualmente, il sito esistente dell'ASL, pur rispettando i principi di design delle Pubbliche Amministrazioni, si presenta come un aggregatore complesso di più informazioni rivolte a diverse tipologie di utenti, risultando di fatto poco chiaro e poco efficace nella comunicazione. L'obiettivo è quindi quello di creare un sottodominio dedicato, come strumento diretto e confidenziale, per permettere agli utenti/pazienti che necessitano di assistenza sanitaria di interagire facilmente e trovare le informazioni di cui

hanno bisogno senza confusione o sovraccarico di dati. Il nuovo portale sarà progettato per guidare il cittadino attraverso i processi sanitari in modo chiaro, intuitivo e rassicurante, riducendo le difficoltà ed il disagio spesso provato da chi si trova a navigare nel complesso sistema sanitario senza una guida adeguata.

### *2.5.16 Procedure informatizzate già attive*

| *Identificativo* | *Descrizione* | *Produzione* | *Potenzialità* | *N. Utenti* |
|---|---|---|---|---|
| **Protocollo Informatico** | Gestione della corrispondenza in uscita, entrate e smistamento-Consente di gestire tutto il processo: protocollare i documenti in uscita con la possibilità di inviarli anche via mail e via PEC; protocollare la posta in ingresso, notificare e/o smistare la stessa ad altre strutture. Archiviazione dei documenti in uscita ed in entrata. | In House | Possibilità di uso sia interno alle strutture dell'ASL sia da remoto. | 1.202 Utenti interni |
| **Protocollo Informatico** | Attivata Firma digitale dei Documenti- | In House | Possibilità di uso sia interno alle strutture dell'ASL sia da remoto. | 1.202 Utenti interni |
| **Protocollo Informatico** | Attivata la fascicolazione di documenti e la conservazione a norma del registro informatico del protocollo. | In House | Possibilità di uso sia interno alle strutture dell'ASL sia da remoto. | 1.202 Utenti interni |
| **Gestione atti amministrativi** | Digitalizzazione completa di tutto il processo delle determinazioni dirigenziali | In House | Archiviazione a norma dei documenti con la digitalizzazione della corrispondenza in uscita ed entrata | 72 Dirigenti,154 istruttori e 288 estensori |
| **Mail aziendale** | Conferita a circa 4.116 dipendenti una mail aziendale per facilitare la comunicazione interna | In House | Posta interna. | 4.116 utenti |
| **SIGEA** | Portale aziendale per la gestione della contabilità analitica del personale | In House | Contenitore con tutti i dati del personale dipendente e non dip. Collaboratori etc. | Operatori del Serv. CdG |
| **SIGEA** | Portale aziendale per la gestione dei recuperi ticket-Autocertificazione esenzione ticket | In House | Gestione dei dati delle autocertificazioni per esenzione ticket-Implementazione ricorsi e relativi riscontri | Operatori del Serv. C. di G |
| **Sani.arp Celiachia** | Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti degli alimenti per celiachia | In House | Facilità accesso alle farmacie dei pazienti con Celiachia senza burocrazia | 318 prescrittori e 2478 erogatori |
| **Sani.arp Diabete** | Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti dei presidi per l'autocontrollo. | In House | Facilità accesso alle farmacie dei pazienti con Diabete senza burocrazia | 566 prescr. E 2491 erogatori |
| **Sani.arp Diagnostica** | Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti degli alimenti aproteici. | In House | Cartella elettronica degli screening | 974 utenti di cui 236 per l'ASL Caserta |
| **Sani.arp Nefropatia** | Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti degli alimenti aproteici. | In House | Facilità accesso alle farmacie dei pazienti con insuff. Renale senza burocrazia | 247 prescrittori e 2651 erogatori |
| **Sani.arp Nefropatia** | Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei centri di emodialisi dei trattamenti dialitici | In House | | 88 centri di dialisi |
| **Sani.arp Lea** | Portale a valenza aziendale per l'informatizzazione di tutto il processo prescrittivo ed erogato dell'assistenza domiciliare (LEA) | In House | Cartella elettronica prestazioni assist. Domiciliare | 936 Utenti nell'Asl Caserta e Regionali |
| **Sani.arp Centri** | Portale a valenza aziendale per la gestione di tutte le prestazioni dei centri /lab accreditati-File C e fatturazione | In House | Raccoglie i flussi delle prestaz. Centri accreditati e facilità fatturazione e relativi controlli | 203 Utenti File C;48 File H. |
| **Sani.arp Stomie** | Portale a valenza aziendale per la gestione delle prescrizioni di presidi per incontinenti e la relativa erogazione | In House | Facilitazione delle prescrizioni ed erogazione stomie | 64 Utenti aziendali |
| **Sani.arp MUP** | Portale a valenza regionale per la raccolta delle prescrizioni on line dei farmaci (MUP) e della relativa erogazione tramite le farmacie convenzionate | In House | Il MUP è il piano terapeutico per le prescrizioni di farmaci per la continuità terapeutica Ospedale Territorio in | 8.143 spec. Prescrittori, 5.438 MMG e 1770 erogatori |

| *Identificativo* | *Descrizione* | *Produzione* | *Potenzialità* | *N. Utenti* |
|---|---|---|---|---|
| | | | dimissione da ricovero ordinario. Consente erogazione farmaci tramite DD e/o DPC | |
| **Sani.arp oncologico** | Portale a valenza aziendale per la registrazione dei nuovi casi di neoplasia sia da parte dei Medici di Medicina Generale che da parte delle strutture interne. | In House | Cartella Informatizzata dei nuovi casi di neoplasie | 996 |
| **Sani.arp Covid-19** | Portale a valenza aziendale per la gestione della sorveglianza sanitaria Covid-19 con l'informatizzazione di tutto il processo | In House | Cartella Informatizzata dei pazienti Covid | 392 |
| **Sani.arp Vax-covid-19** | Portale a valenza aziendale per la gestione dei tutto il processo delle vaccinazioni anti Covid-19 | In House | Cartella Informat. Delle vaccinazioni per utente | 859 |
| **Sani.arp Flussi MMG** | Portale a valenza aziendale per la gestione dei flussi prescrittivi dei MMG | In House | Accesso on line dei MMG per l'invio dei flussi AIR | 468 utenti MMGG |
| **Sani.arp vaccinazioni** | Portale a valenza aziendale per la registrazione delle vaccinazioni antinfluenzali | In House | Immissione diretta delle vaccinazioni da MMG e Ped | 505 Utenti tra MMG e 106 L.S |
| **A.D.T.** | Cartella informatizzata delle accettazioni e dimissioni degli utenti dai PPOO | In House | Digitalizza alcuni processi della Cartella Clinica | 1.185 Utenti nei Vari PPOO |
| **A.D.T. Triage** | Cartella Informatizzata degli accessi in PS | In House | Digitalizza tutte le attività del PS | 262 Utenti nei Vari PPOO |
| **Portale Gestione Anagrafica dei Centri Accreditati e Case di Cura** | Gestione ON line delle anagrafiche del personale dipendente e convenzionato E/o Libero Profess. Dei Centri accreditati e Case di Cura | In House | Accesso diretti dei centro per l'aggiornamento dei loro dipendenti e non | Utenti 251 |
| **Portale per la Gestione dei Dispositivi FGM** | Controllo dell'intero processo, prescrittivo ed erogato per la distribuzione dei dispositivi FGM | In House | Portale Regionale per erogazione e distribuzione | 812 Utenti |
| **Portale OLT** | Portale per la gestione dell'Ossigenoterapia domiciliare e Concentratori | In House | Accesso on line da parte dei Prescrittori e delle ditte fornitrici | |
| **Cartella Clinica Informatizzata nel PO di Marcianise** | Informatizzazione completa della gestione delle attività di ricovero ordinario ed in DH con cartella clinica informatizzata dall'accesso dal PS fino alla dimissione con piena integrazione con i gestionali di laboratorio, radiologia e anatomia patologica. | Convenzione Consip | Digitalizzazione di tutte le attività di ricovero | 120 utenti |
| **Cartella Clinica Ambulatoriale specialistica** | Informatizzazione completa della gestione delle attività di specialistica con cartella informatizzata con emissione di referto digitalizzato | Gara Mepa | Digitalizzazione di tutte le attività di specialistica ambulatoriale | 280 enti |

***Tab.37: Procedure informatizzate attive***

## *Procedure già attive/da realizzare tramite il portale aziendale www.aslcaserta.it*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ***Adesione vaccini*** | ***Portale a valenza aziendale per raccogliere le prenotazioni degli utenti per le vaccinazioni anti covid-19*** | ***In House*** | ***Accesso diretto per tutti gli utenti che vogliono vaccinarsi con stampa del consenso*** | ***Accesso a tutti i cittadini*** |
| ***Adesione Screening*** | *Portale a valenza aziendale per raccogliere le prenotazioni degli screening oncologici* | *In House* | *Accesso diretto degli utenti alle prenotazioni degli screening con rilascio del PIN Code per lo scarico del referto dello screening effettuato* | *Accesso per tutti i cittadini (1736 contatti)* |
| ***Anagrafica dipendenti per centro di costo*** | *Portale che gestisce la corretta imputazione del personale per Centro di Costo* | *In House* | *Portale con accesso a tutti i direttori delle Macrostrutture aziendali* | *22 utenti* |
| ***Gestione Richiesta Credenziali*** | *Portale che gestisce le richieste delle varie tipologie di credenziali* | *In House* | *Modalità on line di richiesta delle credenziali* | *Tutti i Direttori delle Macrostrutture n. 54* |
| ***Gestione Richiesta Hardware e manutenzione*** | *Portale che gestisce le richieste delle varie tipologie di attrezzature Hardware* | *In House* | *Modalità on line di richiesta del materiale Hardware* | *Tutti i Direttori delle Macrostrutture n. 54* |
| **Indoor Navigation** | Attivata nei PPOO di Aversa e Marcianise una piattaforma innovativa che estende le funzionalità della tecnologia GPS per aiutare utenti disabili all'accesso nei due PPOO localizzando gli ambulatori che erogano le prestazioni specialistiche per le quali sono prenotati | | Gara Mepa | |

*Tab.38: Procedure attive su portale aziendale www.aslcaserta.it*

| | | |
|---|---|---|
| **Informatizzazione della cartella clinica nei PPOO di Aversa, S Maria CV, Sessa A., Maddaloni e Piedimonte Matese** | **Estensione dell'informatizzazione della Cartella Clinica Informatizzata in altre tre PPOO** | **Adesione a Convenzione CONSIP** |
| **Rilascio della copia della cartella clinica tramite Speed nei PPOO dove è attiva la Cartella Elettronica** | Attraverso la realizzazione di uno specifico portale aziendale sarà possibile il rilascio di cartelle clinica per ricoveri avvenuti nei PPOO nei quali è attiva la cartella clinica elettronica. | In House |
| **Rilascio On line di certificati, attestati ed altra documentazione sanitaria** | **Accesso al portale aziendale tramite speed da parte degli utenti per acquisire certificazioni sanitarie, autorizzazione etc.** | **In House** |

*Tab.39: Procedure da realizzare nel 2025*

# 3. Il Piano della Performance

## 3.1 Il Sistema di misurazione e valutazione nell'ASL Caserta

Il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'ASL di Caserta è strettamente collegato al Ciclo di gestione della performance adottato. Al riguardo, l'articolo 4, comma due, del D.Lgs. 150 del 2009 sancisce che il Ciclo di gestione della *performance* è articolato nelle seguenti fasi:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente come documentati e validati nella Relazione annuale sulla Performance di cui all'art. 10 D.Lgs. 150/2009;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa ed individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico – amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nella elaborazione del Ciclo di gestione della *performance,* la Direzione Strategica Aziendale tiene conto non solo delle esigenze di carattere puramente aziendale, ma anche della necessaria integrazione con l'attività di programmazione politica della Regione Campania, con particolare riferimento agli Obiettivi Strategici Regionali Generali e Specifici individuati periodicamente dal governo regionale.

Il Sistema di valutazione si ispira ai seguenti criteri: *imparzialità, celerità e puntualità; trasparenza nelle metodologie adottate; informazione adeguata e partecipazione di tutti i soggetti coinvolti*

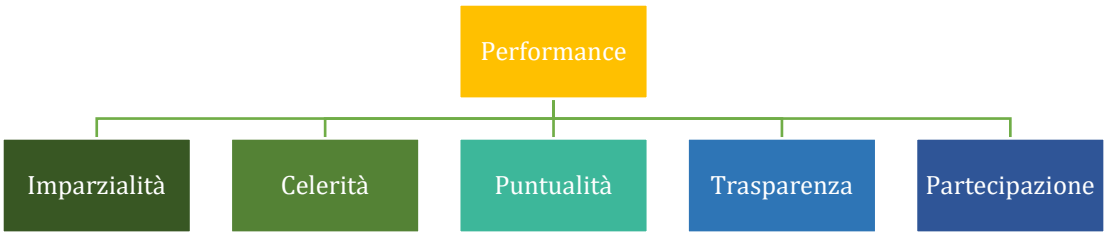



*Fig. 83: Caratteristiche della Performance*

Nel rispetto delle risorse a disposizione e degli obiettivi assegnati a livello regionale al Direttore Generale, il *piano triennale della performance* è strutturato per garantire la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione anche attraverso la piena accessibilità sia fisica che digitale ai servizi, il potenziamento delle strutture aziendali e l'ottimizzazione del funzionamento complessivo.

L'Azienda persegue i seguenti obiettivi e linee strategiche:

- Garantire i livelli essenziali di assistenza;
- Garantire a tutti i cittadini parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute ed equità di trattamento, senza alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche;
- Garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente e precisi percorsi sanitari;
- Garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- Promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- Promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e sociosanitari;
- Ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- Promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- Promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;
- Attuare campagne di educazione e promozione della salute;
- Incrementare le Risorse Umane con un piano straordinario di assunzione e di stabilizzazione del personale precario e di formazione/aggiornamento per quello esistente;
- Promuovere interventi di radicale ammodernamento tecnologico;
- Definire un Piano di utilizzo ottimale delle risorse: *investimenti ed edilizia sanitaria*;
- Migliorare il confort ospedaliero e dei servizi alberghieri;
- Rafforzare, inoltre, la funzione di committenza rispetto ai fabbisogni della popolazione;
- Attivare un programma aziendale di investimenti in sanità Digitale per tendere alla migliore governance del sistema salute-sanità per accogliere in tempo reale i dati del rapporto domanda di salute-offerta di servizio (big data) con uno stanziamento triennale di 1,5 milioni di euro con particolare riferimento alla e-health e ICT ed in particolare potenziare la gestione informatizzata delle patologie croniche.

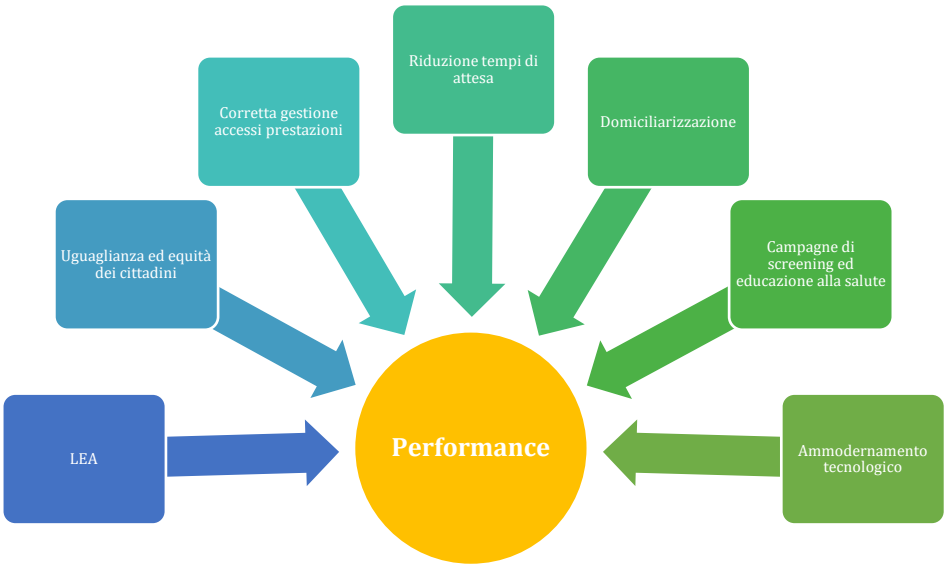



*Fig. 84: Obiettivi della Performance*

Per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance si rinvia al Regolamento Aziendale.

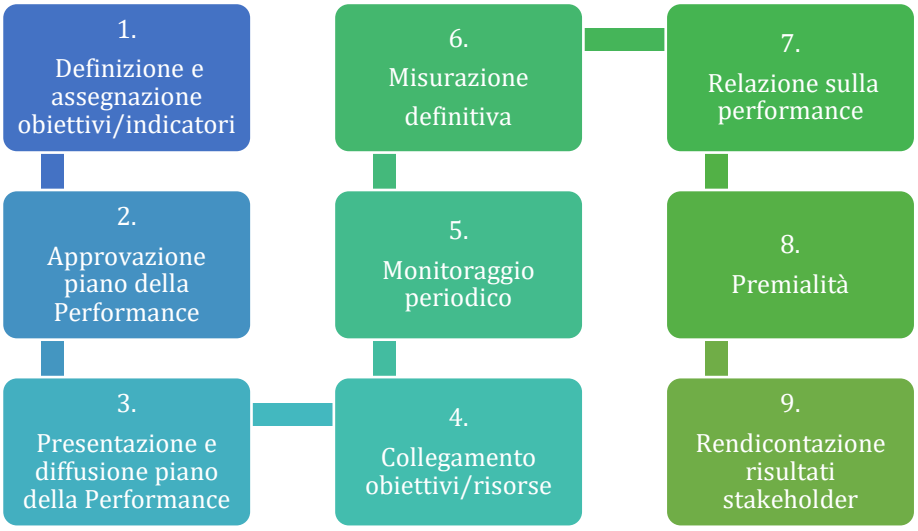



*Fig. 85: Fasi della Performance*

Le scadenze temporali della performance sono, di norma, così individuate, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 150 del 2009 e modificate secondo le seguenti tempistiche.

- Al *31 gennaio 2025*: adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), documento programmatico introdotto dall'art. 6 D.L. 80/2021 ed attuato con D.P.R. 81/2022, in cui risulta assorbito, tra gli altri, Il Piano triennale della *performance;*
- Al 31 Gennaio 2025 valutazione obiettivi 2024 dei Direttori delle macrostrutture (Distretti, PPOO, Dipartimenti strutturali e Dipartimenti Funzionali e assegnazione obiettivi 2025 alle stesse macrostrutture) da parte della Direzione Generale.
- Al *28 febbraio*: valutazione obiettivi 2024 e assegnazione degli obiettivi/sottoscrizione *budget* 2025 con i Direttori delle UOC/UOSD e UOS per l'anno in corso da parte dei Direttori delle Macrostrutture e dei Dipartimenti;
- Al *15 marzo*: assegnazione degli obiettivi per l'anno in corso al personale assegnato da parte del Dirigente Direttore del Dipartimento/Direttore UOC/responsabile UOS. Ciascun dipendente valutato dovrà prendere visione degli obiettivi, organizzativi ed individuali, su cui sarà misurato e valutato per l'anno in corso, la condivisione, attraverso mail e/o colloqui, dovrà essere tracciabile;
- In *corso d'anno*, entro 30 giorni dalla data di assegnazione del dipendente all'Ufficio: il valutatore dovrà provvedere alla condivisione degli obiettivi su cui il dipendente sarà valutato;
- Sono altresì previste delle fasi intermedie di monitoraggio della *performance,* entro il *mese di luglio* 2025 (Risultati I Semestre per i Distretti Sanitari e primi 5 mesi per i PPOO),entro Settembre 2025 per i primi 8 mesi per i distretti e dei primi 7 mesi per i PPOO e successivamente con cadenza mensile. È prevista una Relazione trimestrale delle attività, quale strumento di monitoraggio che dovrà, quindi, contenere la rendicontazione degli obiettivi contenuti nel Piano della Performance e che alimenteranno la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 del D.Lgs. 150 del 2009 e ss.mm.ii.

| *Fasi* | *Gen. 2025* | *Feb. '25* | *Mar . '25* | *Lug/Sett /Ott e Nov 2025* | *Gen/Feb 2026* | *Mar '26* | *Giu '26* | *Lug. '26* | *Ago/sett 2026* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.A Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** | X | | | | | | | | |
| **1.B Presentazione e diffusione Piano Integrato di Attività e organizzazione** | X | | | | | | | | |
| **2. Negoziazione Budget** | X | X | | | | | | | |
| **3. Conclusione Definizione Obiettivi** | | | X | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **4. Monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget (Luglio,Sett,Ott e Nov)** | | | | X | | | | | |
| **5. Monitoraggio Finale con verifica raggiungimento obiettivi** | | | | | X | | | | |
| **6. Valutazione obiettivi individuali con sottoscrizione schede di valutazione** | | | | | | X | | | |
| **7. Predisposizione ed approvazione Relazione sulla performance ed invio all'OIV** | | | | | | | X | | |
| **8. Validazione Relazione sulla performance da parte dell'OIV** | | | | | | | | X | |
| **9. Erogazione premialità** | | | | | | | | | X |

*Tab.40: Cronoprogramma del ciclo di gestione della performance 2025/2026*

L'ASL Caserta ha attuato nel corso del 2024 un progetto innovativo che prevede la completa informatizzazione di tutto il processo di definizione degli obiettivi di performance ed individuali, con il monitoraggio intermedio e la relativa valutazione finale.




*Fig. 86*

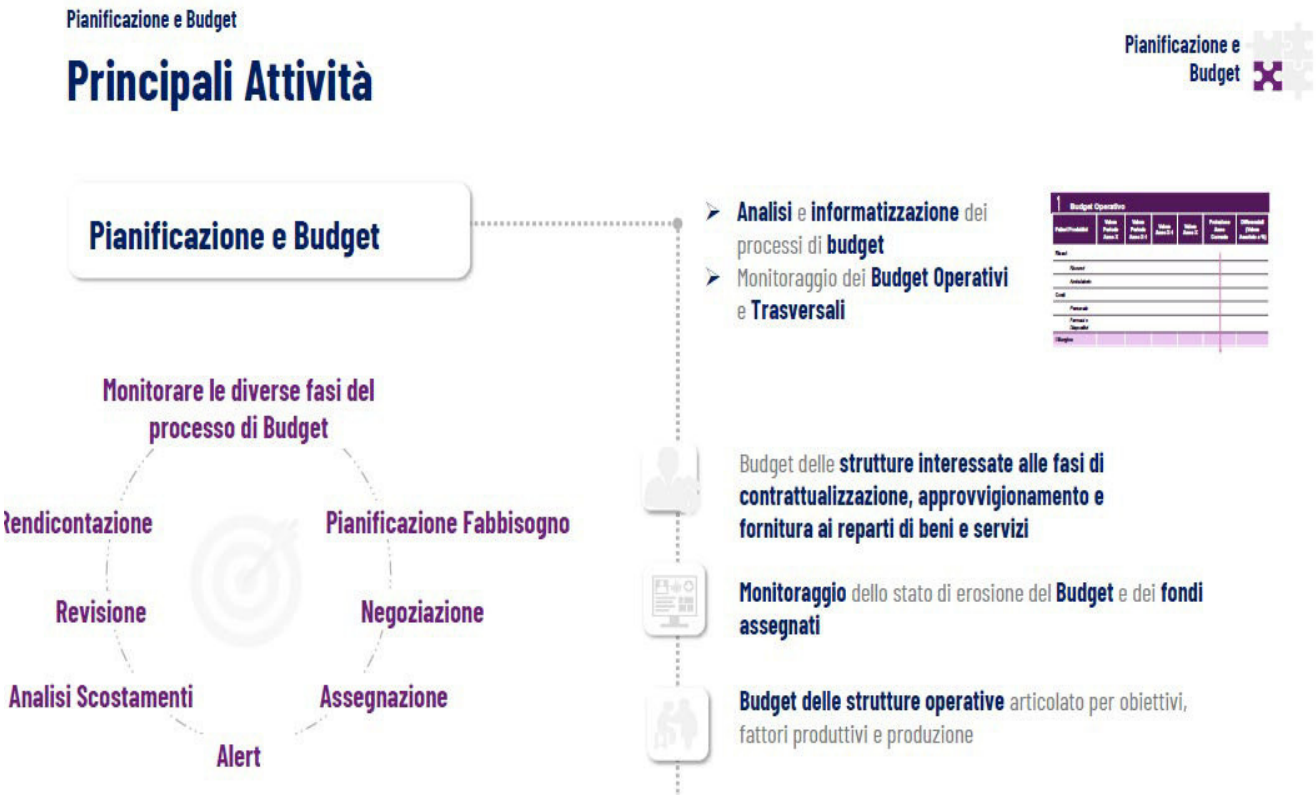



*Fig. 87- Principali attività*




*Fig.88- Obiettivi della Valutazione della Performance*




*Fig. 89 – Principali attività*

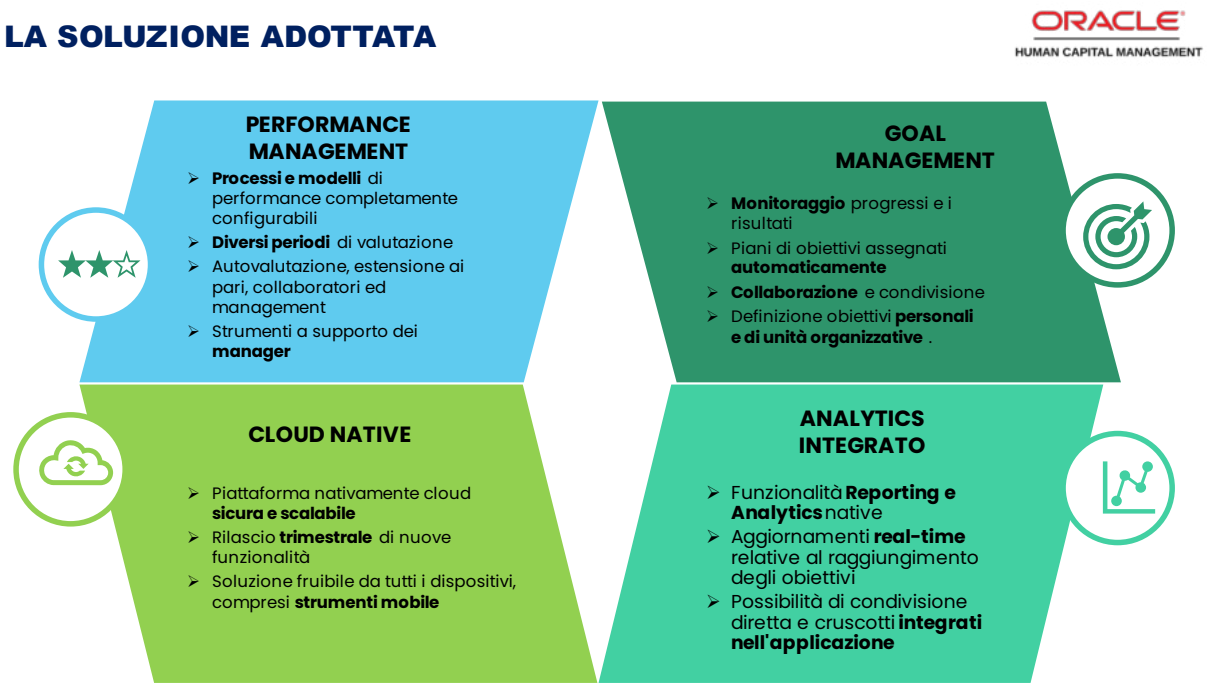



*Fig. 90-Metodologia di Progetto*

## IL PROCESSO DI VALUTAZIONE PERFORMANCE

AMBITO, ATTORI COINVOLTI E PRIMI RISULTATI

### PROCESSI DI VALUTAZIONE COINVOLTI

- PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
- PERFORMANCE INDIVIDUALE DIRIGENTI
- PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO

### FASI DEL PROCESSO

01 Pianificazione → 02 Misurazione → 03 Valutazione

### ATTORI COINVOLTI

- 27 MACRO-STRUTTURE
- 250+ UNITÀ ORGANIZZATIVE
- 1.200+ DIRIGENTI
- 3.500+ DIPENDENTI PERSONALE COMPARTO

### PUNTI DI FORZA

- ✓ Completa digitalizzazione del processo di assegnazione obiettivi, monitoraggio e consuntivazione
- ✓ Possibilità di verificare da parte di tutti gli attori coinvolti e autorizzati lo stato di avanzamento del processo e accesso a dashboard riepilogative
- ✓ Eliminazione completa della documentazione cartacea e possibilità di conservare e analizzare i dati nel tempo
- ✓ Completo supporto nel processo di assegnazione degli obiettivi integrando performance organizzativa e individuale
- ✓ Integrazione con i sistemi di controllo di gestione per raccolta dati a consuntivo relativi agli obiettivi assegnati

*Fig. 91: Il processo di valutazione della Performance*

## Piano di progetto

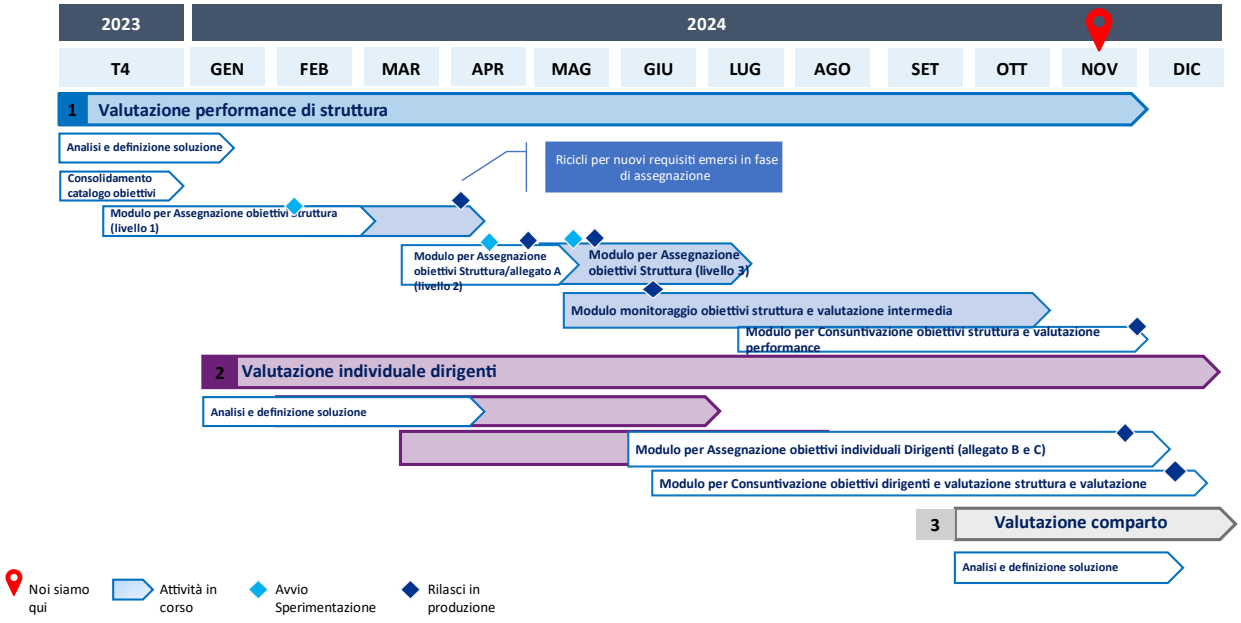



*Fig. 92: Piano di Progetto*

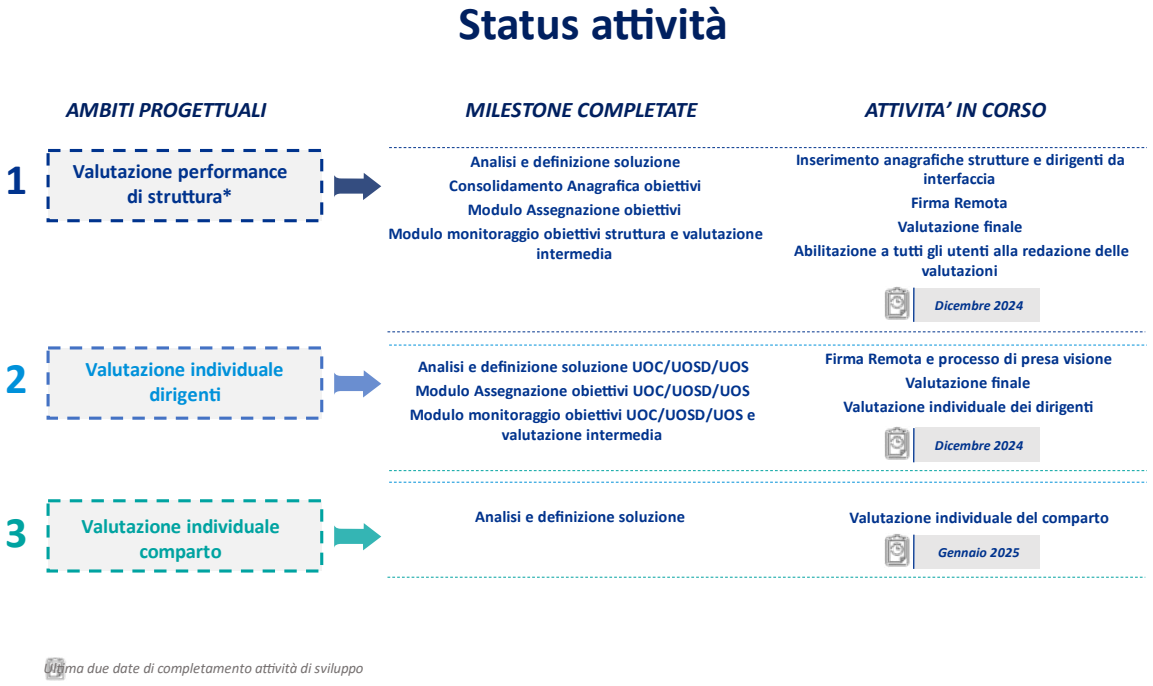



*Fig. 93: Status attività*

Le varie fasi del progetto di digitalizzazione prevedono:

### *3.2 Assegnazione schede di valutazione organizzativa ed individuale*

Creazione e l'approvazione di una scheda di struttura o di una scheda individuale, relativo quindi agli obiettivi organizzativi che vengono assegnati al dirigente. Il processo segue le seguenti fasi:

1. **Creazione di una scheda di struttura**. In questa fase si sceglie la struttura a cui destinare la scheda obiettivi e si scelgono gli obiettivi da inserire nella scheda. Ogni obiettivo può rientrare in una di 3 categorie di metriche, e ha un proprio peso (che può anche cambiare da struttura a struttura). La creazione della scheda si considera completa quando la somma dei pesi raggiunge un determinato numero (diverso in base alla tipologia di struttura).
2. **Sottoscrizione della scheda**. Dopo la generazione della scheda, è possibile firmarla digitalmente e/o stamparla per permettere alle persone che hanno partecipato alla redazione della stessa di firmarla offline. La firma ha valore vincolante.
3. **Conferma della scheda**. Dopo la firma della scheda generata, essa viene di nuovo caricata a sistema quale conferma.

Ogni scheda si troverà all'interno di uno stato, che varierà in base del momento in cui si trova la scheda. Gli stati previsti sono i seguenti:

- DA_CREARE, per le schede di struttura che non sono ancora state create;
- BOZZA, per le schede che si trovano in fase di inserimento obiettivi;
- ATTESA_CONFERMA, per le schede che sono state generate e in attesa di conferma; le schede in questo stato non possono essere modificate, almeno che non la si rinvii in stato BOZZA;
- CONFERMATA, per le schede che hanno completato l'iter e sono state confermate; le schede in questo stato non possono essere modificate, almeno che non la si rinvii in stato BOZZA. In questo ultimo caso, la scheda precedentemente confermata è salvata a sistema come una versione precedente della nuova scheda.

Ogni scheda può passare da uno stato a un altro secondo un ordine preciso e riassunto nel seguente schema, dove il percorso in rosso indica i passaggi obbligatori e sequenziali da seguire, mentre il grigio sono evidenziati i momenti in cui è possibile far tornare una scheda in modifica.

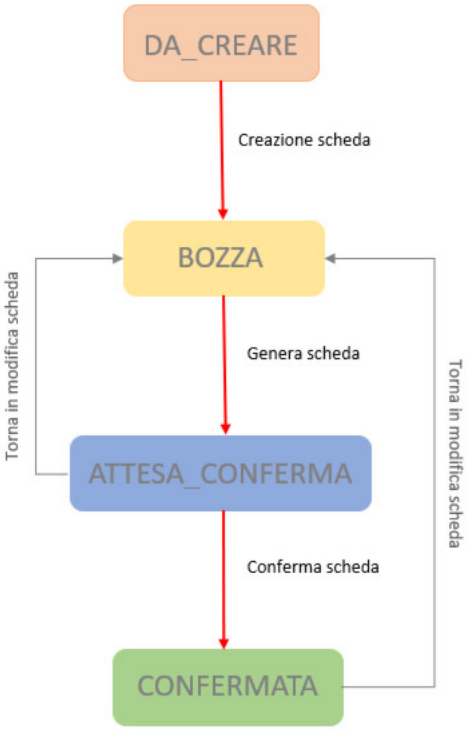



*Fig. 94: Varie fasi della scheda di valutazione*

HOMEPAGE

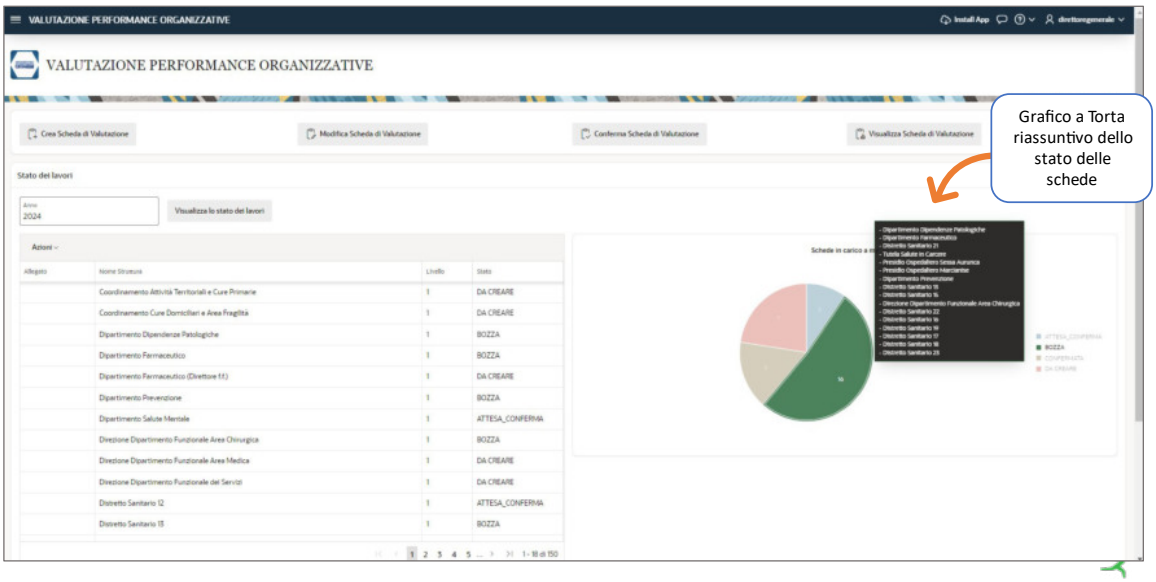



*Fig.95 Portale del nuovo sistema*

CREAZIONE SCHEDA/MODIFICA SCHEDA

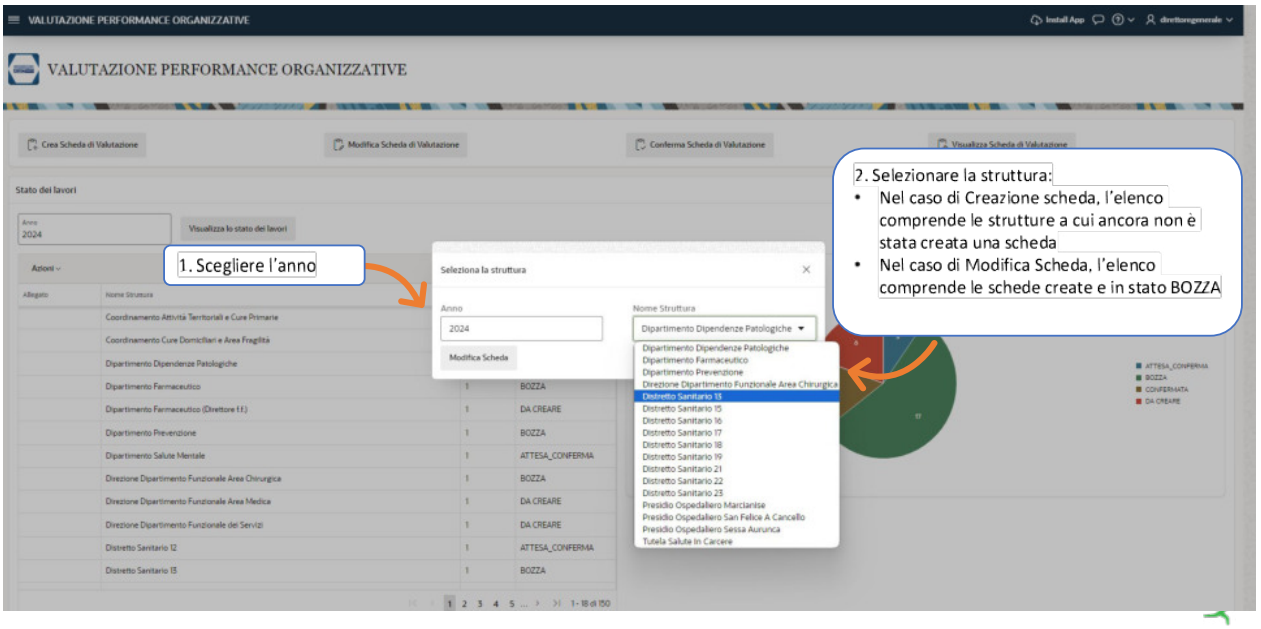



*Fig. 96: Schema di creazione della scheda di assegnazione /valutazione obiettivi*

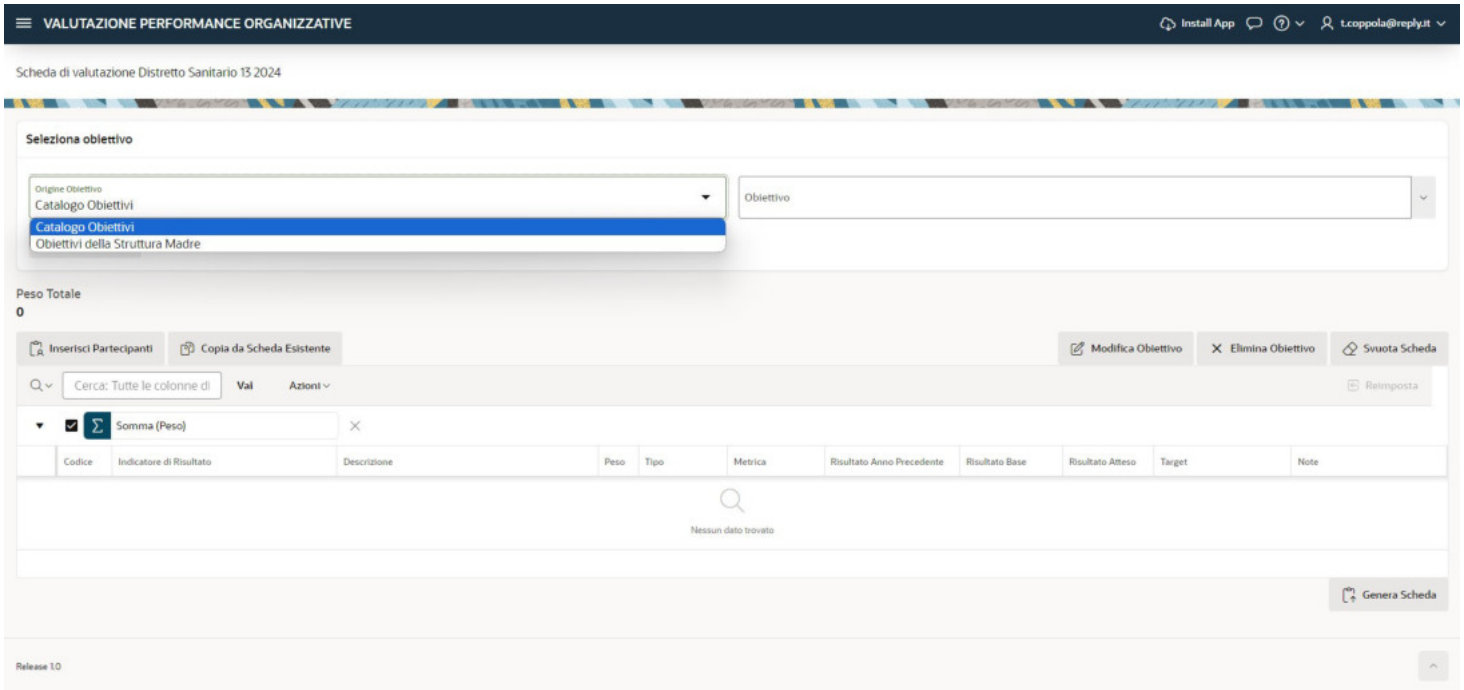



*Fig. 97: Assegnazione obiettivi*

INSERIMENTO OBIETTIVI

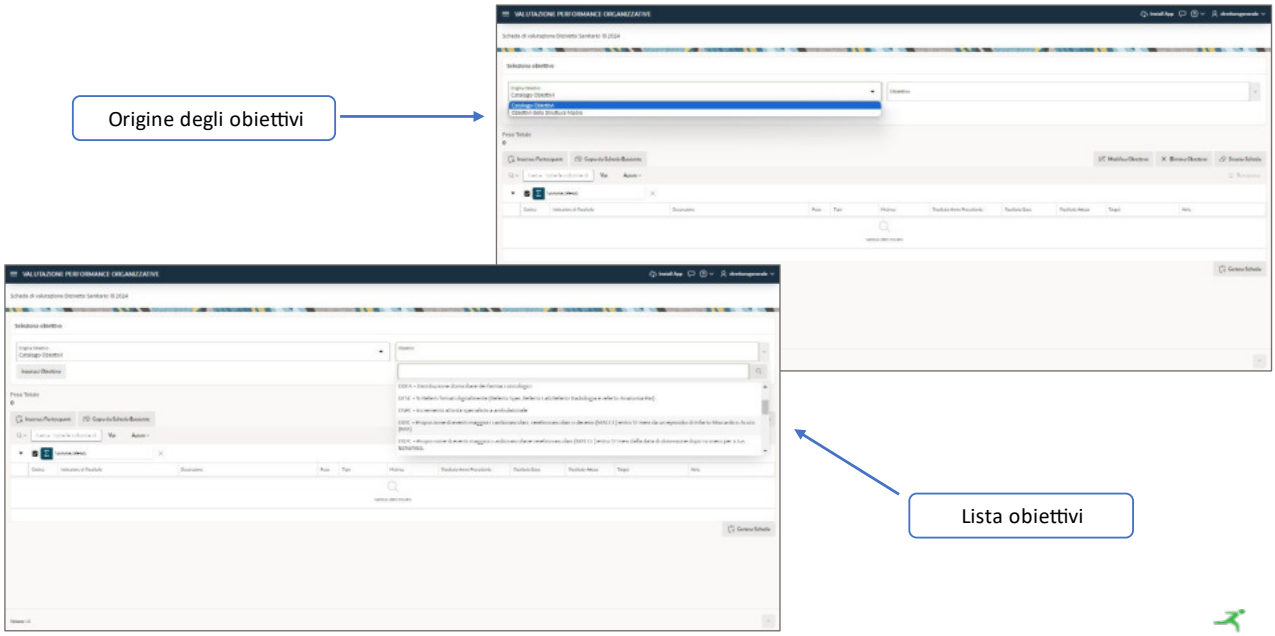



*Fig.98: Inserimento degli obiettivi tramite catalogo con un menù a tendina.*

Ci sono tre tipologie di obiettivi:

- Obiettivi di tipo range;
- Obiettivo di tipo soglia (anche definiti come obiettivi on/off);
- Obiettivi manuali.

**Obiettivo di tipo Range**

L'obiettivo di tipo range presenta un **Traguardo Base** e un **Traguardo Soglia** e una volta definito il range ed il peso, il sistema elaborerà in modo automatico il risultato.

***Obiettivi Soglia***: possono essere valutati solo con il punteggio massimo assegnato all'obiettivo, oppure 0. Questi obiettivi di norma comportano la necessità di restare al di sotto o al di sopra di una determinata soglia, o di mantenere fisso l'andamento dell'anno precedente.

TIPOLOGIE DI OBIETTIVI

**Obiettivi numerici**

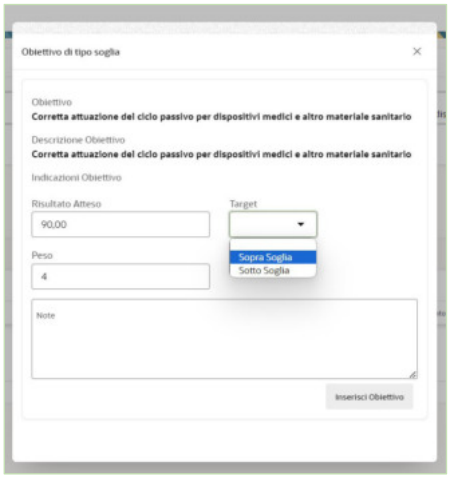
***Obiettivi Soglia***: possono essere valutati solo con il punteggio massimo assegnato all'obiettivo, oppure 0. Questi obiettivi di norma comportano la necessità di restare al di sotto o al di sopra di una determinata soglia, o di mantenere fisso l'andamento dell'anno precedente.

***Obiettivi Range***: presentano una soglia base e una soglia target, e la valutazione finale potrà assumere un valore tra 0 e il peso massimo in base al valore raggiunto all'interno del range. Nel caso in cui si supera la soglia target (in aumento o in diminuzione, in base al tipo di obiettivo) si avrà il punteggio massimo.

***Obiettivi manuali***: Sono correlati agli **obiettivi descrittivi**, in cui è necessario fornire della documentazione tecnica, che sarà successivamente valutata. La valutazione avviene manualmente poiché non rientra nelle altre due categorie e può andare da 0 al peso massimo assegnato all'obiettivo.

TIPOLOGIA OBIETTIVI

**Obiettivo Soglia**




**Obiettivo Manuale**

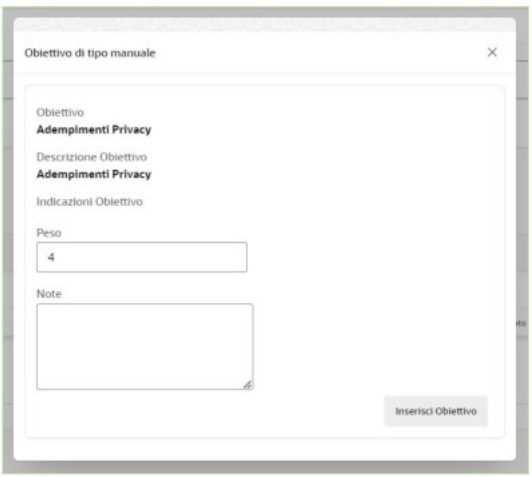



*Fig. 99: Tipologie obiettivi*

Vengono obiettivi Range quei casi in cui caso in cui i valori del Traguardo base e il Traguardo Soglia sono uguali e si distinguono in "Sopra Soglia" nel caso in cui l'obiettivo richiede che si deve superare il valore inserito nel Traguardo Soglia, "Sotto Soglia" nel caso in cui l'obiettivo richiede che si deve restare al di sotto del valore inserito nel Traguardo Soglia.

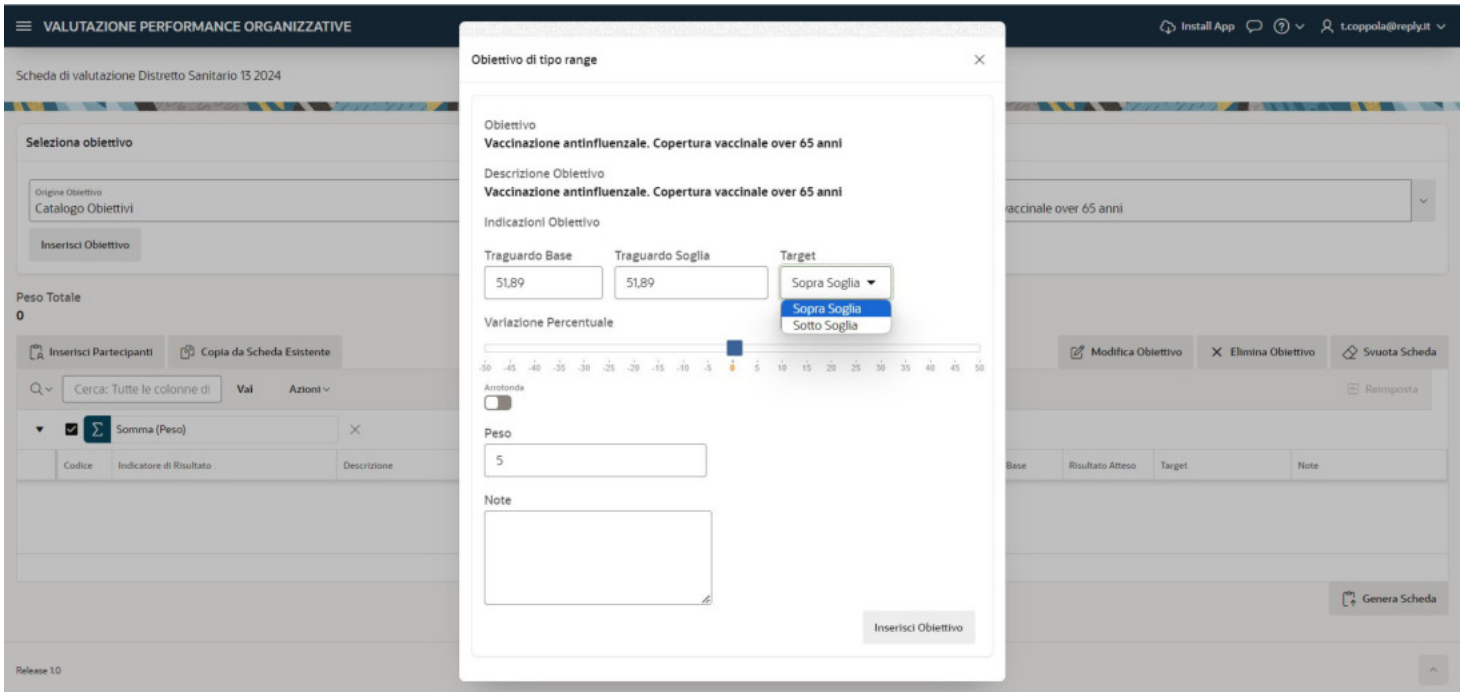



*Fig. 100: Obiettivi soglia*

**Obiettivi di tipo manuale**
Sono previsti obiettivi di tipo manuale per i quali il risultato sarà valutato tramite l'analisi di una relazione non essendo possibile definirli con indicatori numerici.

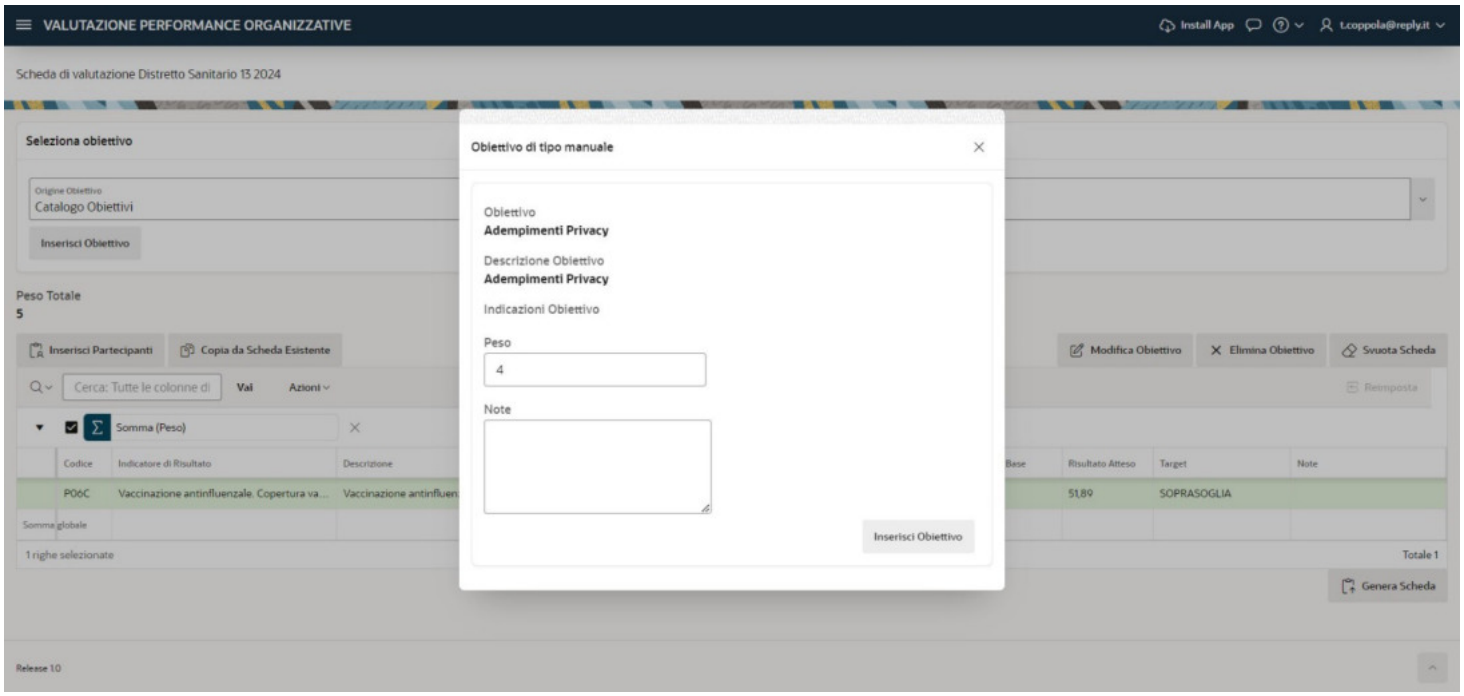
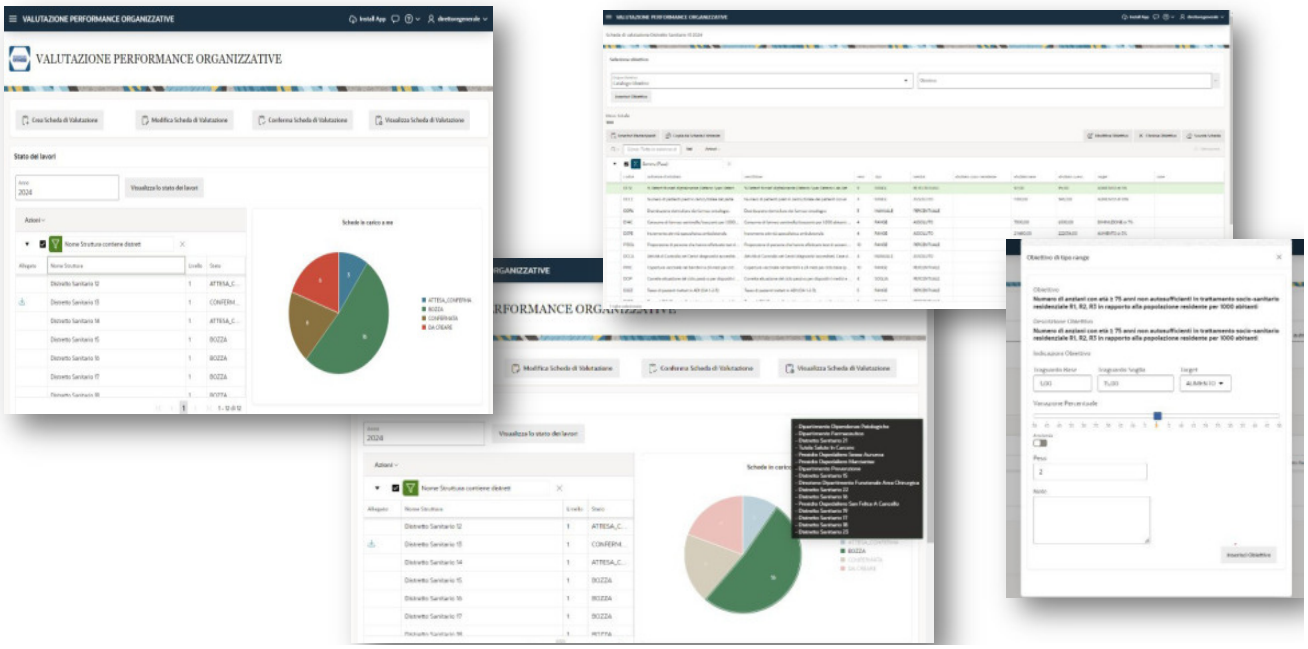



*Fig.101 : Obiettivi manuali*

Le schede budget /obiettivi di Performance per le macrostrutture hanno peso complessivo pari a 100 .
Mentre le schede per gli obiettivi di Performance delle UOC hanno peso 45 (in conformità all'attuale regolamento aziendale) e prevedono 4 obiettivi con la possibilità di aggregare ad ogni obiettivo con indicatore numerico un obiettivo manuale. In questo caso la valutazione dovrà tenere conto del doppio criterio :acquisizione di una relazione giudicata positivamente e valutazione parametrica dell'indicatore numerico.

## IL PROCESSO DI VALUTAZIONE PERFORMANCE

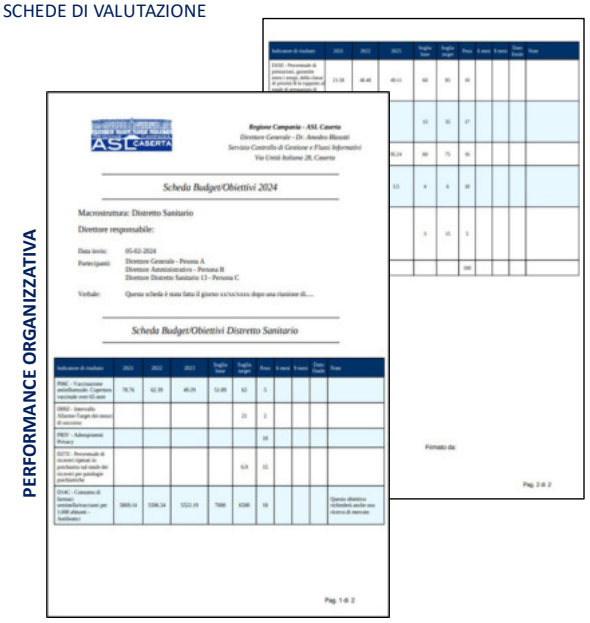
*FOCUS APPLICATIVO*




## IL PROCESSO DI VALUTAZIONE PERFORMANCE PER ASL CASERTA

SCHEDE DI VALUTAZIONE

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA




PERFORMANCE INDIVIDUALE

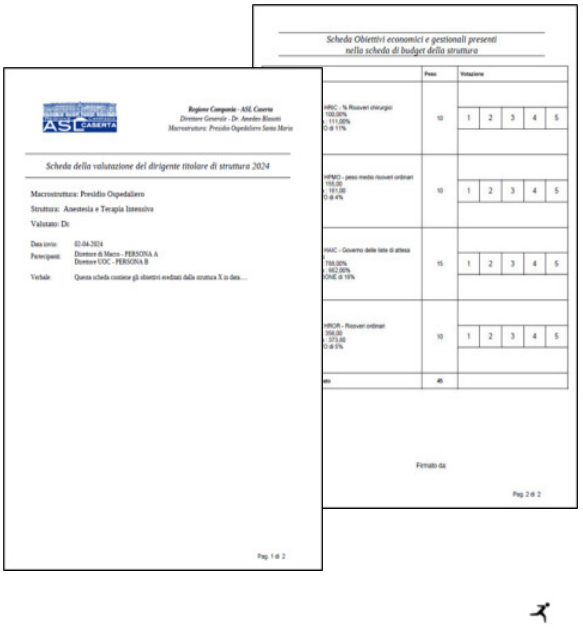
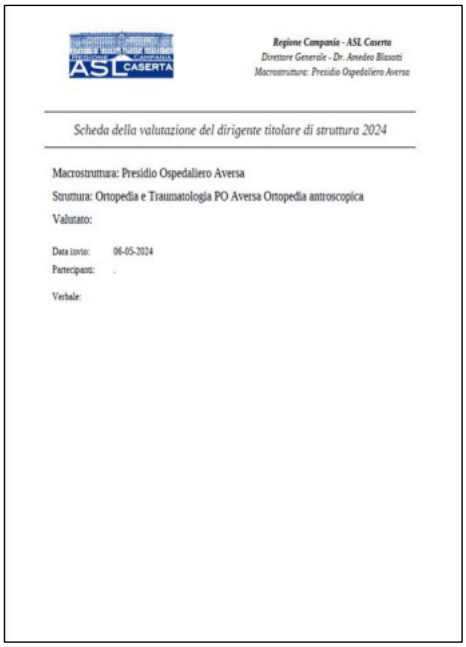



*Fig. 102 e 103: Schede obiettivi Macrostrutture e UOC*

STAMPA DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE:
STRUTTURE SEMPLICI



Regione Campania - ASL Caserta
Direttore Generale - Dr. Amedeo Blasotti
Macrostrutture: Presidio Ospedaliero Aversa

*Scheda della valutazione del dirigente titolare di struttura 2024*

Macrostruttura: Presidio Ospedaliero Aversa

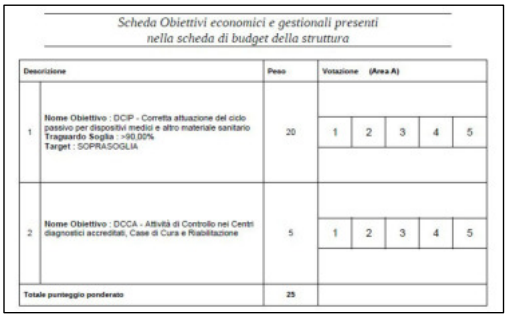
Struttura: Ortopedia e Traumatologia PO Aversa Ortopedia antroscopica

Valutato:

Data invio: 06-05-2024

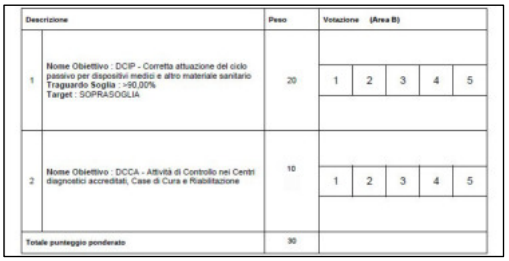
Partecipanti: .

Verbale:



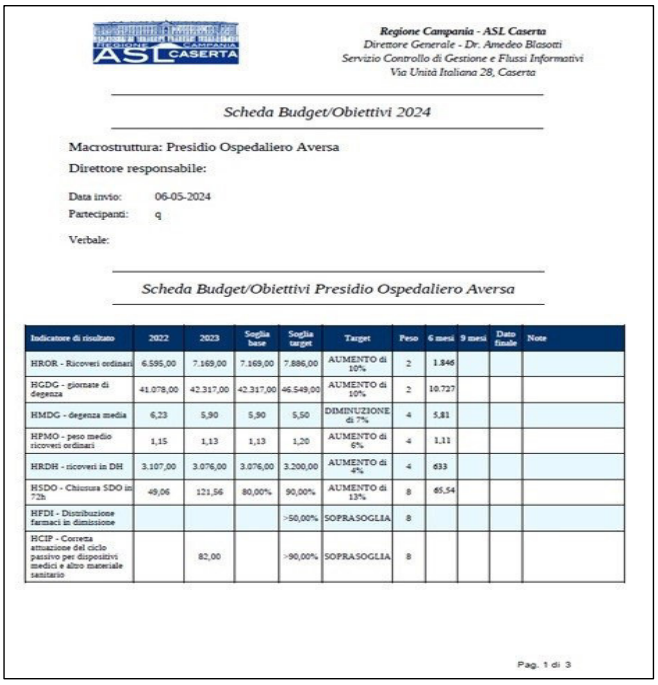
*Scheda Obiettivi economici e gestionali presenti nella scheda di budget della struttura*

| | Descrizione | Peso | Votazione (Area A) |
|---|---|---|---|
| 1 | Nome Obiettivo : DCIP - Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario<br>Traguardo Soglia : >90,00%<br>Target : SOPRASOGLIA | 20 | 1 2 3 4 5 |
| 2 | Nome Obiettivo : DCCA - Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati, Case di Cura e Riabilitazione | 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Totale punteggio ponderato | 25 | |



| | Descrizione | Peso | Votazione (Area B) |
|---|---|---|---|
| 1 | Nome Obiettivo : DCIP - Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario<br>Traguardo Soglia : >90,00%<br>Target : SOPRASOGLIA | 20 | 1 2 3 4 5 |
| 2 | Nome Obiettivo : DCCA - Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati, Case di Cura e Riabilitazione | 10 | 1 2 3 4 5 |
| | Totale punteggio ponderato | 30 | |

Monitoraggio I° Trimestre 2024 Presidio Ospedaliero Aversa



Regione Campania - ASL Caserta
Direttore Generale - Dr. Amedeo Blasotti
Servizio Controllo di Gestione e Flussi Informativi
Via Unità Italiana 28, Caserta

*Scheda Budget/Obiettivi 2024*

Macrostruttura: Presidio Ospedaliero Aversa

Direttore responsabile:

Data invio: 06-05-2024

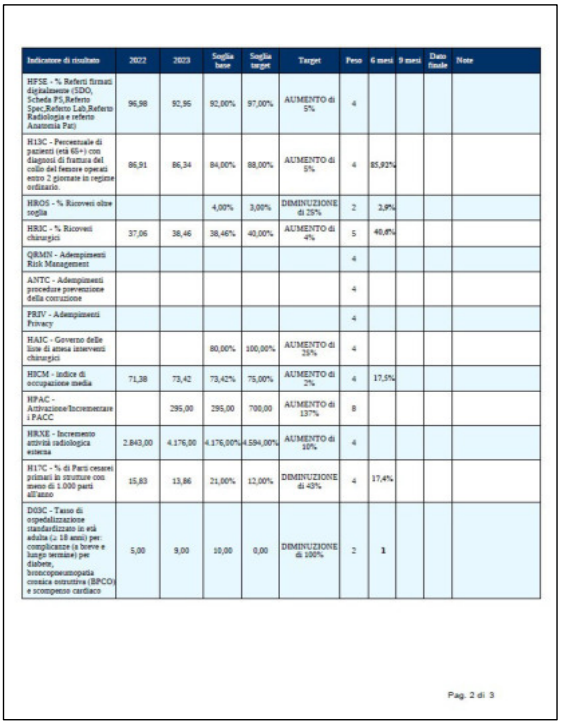
Partecipanti: q

Verbale:

*Scheda Budget/Obiettivi Presidio Ospedaliero Aversa*

| Indicatore di risultato | 2022 | 2023 | Soglia base | Soglia target | Target | Peso | 6 mesi | 9 mesi | Dato finale | Note |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HROR - Ricoveri ordinari | 6.595,00 | 7.169,00 | 7.169,00 | 7.886,00 | AUMENTO di 10% | 2 | 1.846 | | | |
| HGDG - giornate di degenza | 41.078,00 | 42.317,00 | 42.317,00 | 46.549,00 | AUMENTO di 10% | 2 | 10.727 | | | |
| HMDG - degenza media | 6,23 | 5,90 | 5,90 | 5,50 | DIMINUZIONE di 7% | 4 | 5,81 | | | |
| HPMO - peso medio ricoveri ordinari | 1,15 | 1,13 | 1,13 | 1,20 | AUMENTO di 6% | 4 | 1,11 | | | |
| HRDH - ricoveri in DH | 3.107,00 | 3.076,00 | 3.076,00 | 3.200,00 | AUMENTO di 4% | 4 | 633 | | | |
| HSDO - Chiusura SDO in 72h | 49,06 | 121,56 | 80,00% | 90,00% | AUMENTO di 13% | 8 | 65,54 | | | |
| HFDI - Distribuzione farmaci in dimissione | | | | >50,00% | SOPRASOGLIA | 8 | | | | |
| HCIP - Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | | 82,00 | | >90,00% | SOPRASOGLIA | 8 | | | | |

Pag. 1 di 3



| Indicatore di risultato | 2022 | 2023 | Soglia base | Soglia target | Target | Peso | 6 mesi | 9 mesi | Dato finale | Note |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HFSE - % Referti firmati digitalmente (SDO, Scheda P5,Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | 96,98 | 92,95 | 92,00% | 97,00% | AUMENTO di 5% | 4 | | | | |
| H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 86,91 | 86,34 | 84,00% | 88,00% | AUMENTO di 5% | 4 | 85,92% | | | |
| HROS - % Ricoveri oltre soglia | | | 4,00% | 3,00% | DIMINUZIONE di 25% | 2 | 2,9% | | | |
| HRIC - % Ricoveri chirurgici | 37,06 | 38,46 | 38,46% | 40,00% | AUMENTO di 4% | 5 | 40,8% | | | |
| QRMN - Adempimenti Risk Management | | | | | | 4 | | | | |
| ANTC - Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | | | | | | 4 | | | | |
| PRIV - Adempimenti Privacy | | | | | | 4 | | | | |
| HAIC - Governo delle liste di attesa interventi chirurgici | | | 80,00% | 100,00% | AUMENTO di 25% | 4 | | | | |
| HICM - indice di occupazione media | 71,38 | 73,42 | 73,42% | 75,00% | AUMENTO di 2% | 4 | 17,5% | | | |
| HPAC - Attivazione/Incrementare i PACC | | 295,00 | 295,00 | 700,00 | AUMENTO di 137% | 8 | | | | |
| HRXE - Incremento attività radiologica esterna | 2.843,00 | 4.176,00 | 4.176,00% | 4.594,00% | AUMENTO di 10% | 4 | | | | |
| H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno | 15,83 | 13,86 | 21,00% | 12,00% | DIMINUZIONE di 43% | 4 | 17,4% | | | |
| D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | 5,00 | 9,00 | 10,00 | 0,00 | DIMINUZIONE di 100% | 2 | 1 | | | |

Pag. 2 di 3

*Fig. 104 e 105: Schede obiettivi UOS e Schede di monitoraggio intermedio*

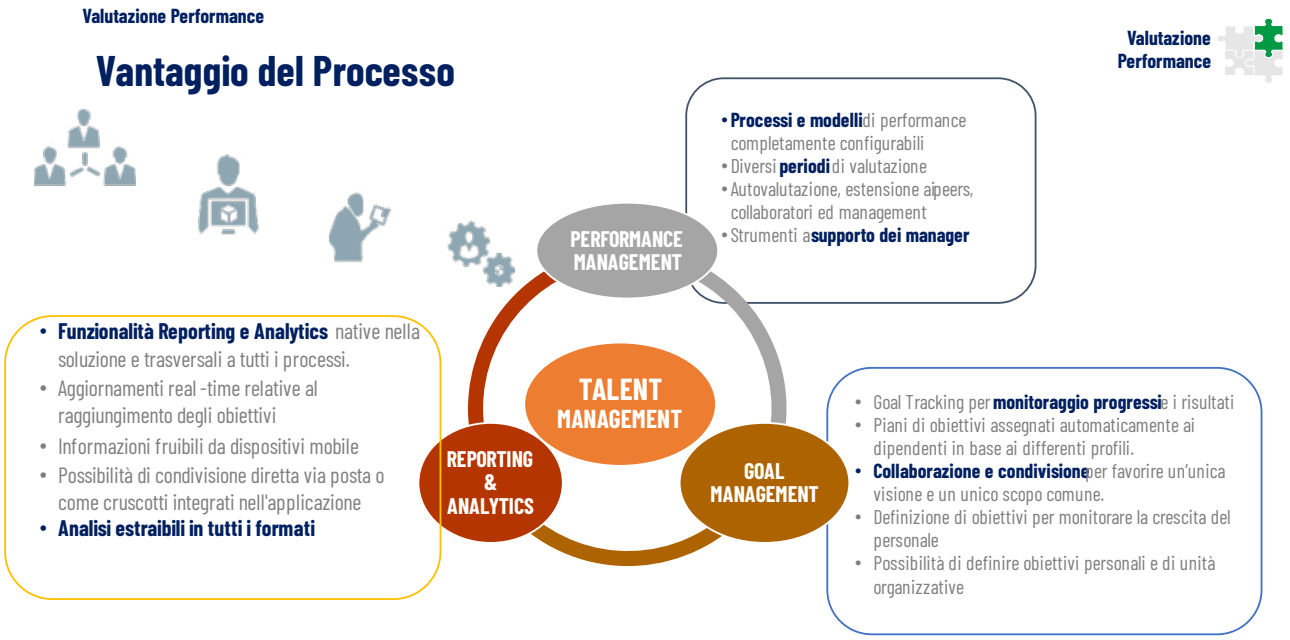



*Fig. 106: Vantaggi del processo*




*Fig. 107: Benefici attesi*

### *3.3 Requisiti degli indicatori e Obiettivi*

Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico. Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati "***indicatori di performance della sanità"*** è quindi fondamentale per un

sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema.

Il set di indicatori associato agli obiettivi dell'azienda è caratterizzato da:

- *Comprensibilità* (chiari, contestualizzati, concreti);
- *Confrontabilità* (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
- *Fattibilità* (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
- *Affidabilità* (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

### 3.3.1 Catalogo Obiettivi area Distrettuale

| Codice obiettivo | Nome Obiettivo | Algoritmo calcolo | Metrica | Dis |
|---|---|---|---|---|
| ANTC | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D |
| CAT01 | Tempi di presa in carico del paziente | RANGE | ASSOLUTO | D |
| CAT02 | Alimentazione dei flussi informativi FAR | RANGE | % | D |
| CAT03 | Ozono Terapia nel trattamento processi infettivi e lesioni da decubito. Appropriatezza e farmacoeconomia | RANGE | % | D |
| CAT04 | Ottimizzazione numero ricoveri di sollievo | RANGE | % | D |
| CAT05 | Tempi di attesa delle prestazioni finalizzare alle certificazioni (razionalizzazione agenda di prenotazione ambulatorio) | RANGE | Assoluto | D |
| CAT06 | Incremento attività di certificazione e riconoscimento idoneità specifiche | RANGE | % | D |
| CAT07 | Implementazione attività di controllo e verifica (visite mediche/accertamenti necroscopici) | RANGE | % | D |
| CAT08 | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D |
| D01C | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA) | Range in diminuz. | Assoluto | D |
| D02C | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico. | Range in diminuz. | Assoluto | D |
| D03C | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | Range in diminuz. | Assoluto | D |
| D04C | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | Range in diminuz. | Assoluto | D |
| D09Z | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | on/off | Assoluto | D |
| D10Z | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B | Range in aumento | % | D |
| D14C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici | Range in diminuz. | Assoluto | D |
| D22Z | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-2-3) | Range in aumento | % | D |
| D23Z | Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura pazienti over 65 (CIA 1-2-3) | Range in diminuz. | Assoluto | D |
| D27Z | Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche | On/off | % | D |
| D30Z | Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | Range in aumento | Assoluto | D |
| D33Z | Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti | Range in aumento | Assoluto | D |
| DCCA | Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati, Case di Cura e Riabilitazione | Manuale | Assoluto | D |
| DCCC | Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 3 patologie croniche nei Chronic Care Center | Range in aumento | Assoluto | D |
| DCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | On/off | % | D |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DDFA | Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici | Manuale | % | D |
| DFSE | % Referti firmati digitalmente (Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | Range in aumento | % | D |
| DSPE | Incremento attività specialistica ambulatoriale | Range in aumento | Assoluto | D |
| HRXE | Incremento attività radiologica esterna | Range in aumento | % | D |
| P01C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | Range in aumento | % | D |
| P02C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | Range in aumento | % | D |
| P06C | Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni | Range in aumento | % | D |
| P15Ca | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | Range in aumento | % | D |
| P15Cb | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella | Range in aumento | % | D |
| P15Cc | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon | Range in aumento | % | D |
| PHPV | Incremento vaccinazione HpV | Range in aumento | Assoluto | D |
| PPNE | Incremento vaccinazione antipneumococcica | Range in aumento | Assoluto | D |

*Tab. 41*

### 3.3.2 Catalogo Obiettivi Area del Dipartimento di Prevenzione

| Codice obiettivo | Nome Obiettivo | Algoritmo calcolo | Metrica | Dis | Dip.Prev |
|---|---|---|---|---|---|
| ANTC | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D | PREV |
| CAT08 | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D | PREV |
| DCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | On/off | % | D | PREV |
| DDFA | Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici | Manuale | % | D | |
| DFSE | % Referti firmati digitalmente (Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | Range in aumento | % | D | PREV |
| P01C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | Range in aumento | % | D | PREV |
| P02C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | Range in aumento | % | D | PREV |
| P06C | Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni | Range in aumento | % | D | PREV |
| P07C | Denuncie d'infortunio sul lavoro | Range | | | PREV |
| P09Z | Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie anumali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica | Range | | | PREV |
| P10Z | Copertura 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 | Range in aumento | % | | PREV |
| P12Z | Copertura 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 | Range in aumento | % | | PREV |
| P13Z | Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione ecc. | Range | | | PREV |
| P15Ca | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | Range in aumento | % | D | PREV |
| P15Cb | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella | Range in aumento | % | D | PREV |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| P15Cc | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon | Range in aumento | % | D | PREV |
| PHPV | Incremento vaccinazione HpV | Range in aumento | Assoluto | D | PREV |
| PO045 | Attuazione dei sistemi di sorveglianza previsti dal DPCM 21/03/2017 (passi, passi d'argento, Okkio alla salute) da parte dell'UOC Registro Tumori, secondo dati richiesti dalla Regione Campania | Manuale | | | PREV |
| PO046 | DCCA - Attività di disamina istanze ed espressioni pareri per rilascio autorizzazioni a realizzazione ed esercizio Strutture Sanitarie | Manuale | | | PREV |
| PO047 | Attività di rilascio nullaosta e verifica su strutture CS (Centri Accoglienza Straordinari) per migranti | Manuale | | | PREV |
| PO048 | Attività d'indagine ed eventuali provvedimenti contumaciali su contatti di casi di Tubercolosi conclamata (compresa completezza scheda predisposta con verifica a sei mesi) | Manuale | | | PREV |
| PO049 | Iscrizione di cani all'anagafe canina | Manuale | | | PREV |
| PO050 | Attività di verifica impianti ai sensi dell'Allegato VII del D. Lgs. 81/08 e D.M. 11/04/2011 | Manuale | | | PREV |
| PO051 | Attività di verifica ascensori in attuazione delle indicazioni del D.P.R. 162/99 e s.m.i. | Manuale | | | PREV |
| PPNE | Incremento vaccinazione antipneumococcica | Range in aumento | Assoluto | D | PREV |
| PRIV | Adempimenti Privacy | Manuale | Assoluto | | PREV |
| QRMN | Adempimenti Risk Management | Manuale | Assoluto | | PREV |

*Tab. 42*

### *3.3.3 Catalogo Obiettivi Area Farmaceutica*

| Farmac | Nome Obiettivo | Algoritmo calcolo | Metrica | Farm |
|---|---|---|---|---|
| FAR01 | Vigilanza su farmacie di comunità mediante ispezioni preventive, ordinarie, straordinarie. Indicatore: n.19 ispezioni ordinarie e n.4 ispezioni preventive effettuate nel 2023 (istituzionali, convocate dalla Regione. Incremento percentuale 2024 rispetto 2023. | Range | % | FARMA |
| FAR02 | Notifica alle farmacie di ritiro di farmaci dal commercio, furto e/o smarrimento timbri e ricettari. Indicatore istituzionale con invio del 100% delle notifiche ricevute. | Manuale | | FARMA |
| FAR03 | Controllo contabile e tecnico delle ricette; notifica alle farmacie di comunità entro i termini di legge, delle contestazioni contabili e tecniche in applicazione alla Convenzione Farmaceutica DPR 371/1998. Indicatore: Rispetto dei tempi di notifica | Manuale | | FARMA |
| FAR04 | Ispezione nei reparti ospedalieri e UU.OO. Territoriali. Indicatore: n. ispezioni effettuate nei reparti ospedalieri e nelle UU.OO. con incremento del 10% | Range | Assoluto | FARMA |
| FAR05 | Centri di dialisi (monitoraggio, piani teraputici, consegne mensili, scarichi, ecc.). N. 915 pazienti trattati anno 2023 dai 20 centri di dialisi privati accreditati sul territorio. Verifica e monitoraggio dell'indicatore: n. pazienti dializzati in trattamento con eritropoietine short acting/totale pazienti dialisi | Range | Assoluto | FARMA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FAR06 | Centri di dialisi (monitoraggio, piani teraputici, consegne mensili, scarichi, ecc.). N. 915 pazienti trattati anno 2023 dai 20 centri di dialisi privati accreditati sul territorio. Verifica e monitoraggio dell'indicatore: n. pazienti in trattamento con eritropoietine short acting biosimilari/totale pazienti in trattamento con eritropoietine short acting | Range | Assoluto | FARMA |
| FAR07 | Centri di dialisi (monitoraggio, piani teraputici, consegne mensili, scarichi, ecc.). N. 915 pazienti trattati anno 2023 dai 20 centri di dialisi privati accreditati sul territorio. Verifica e monitoraggio dell'indicatore: verifica utilizzo del biologico/biosimilare con costo terapia più basso come prima scelta nel paziente naive | Range | % | FARMA |
| FAR08 | Monitoraggio di consumo e di spesa farmaceutica convenzionata con elaborazione reports dettagliati per medico di medicina generale per la verifica degli obiettivi assegnati ai Direttori Responsabili dei Distretti - Ottempranza decreti Regionali 179 e 180 del 2023. | Manuale | | FARMA |
| FAR09 | Corretta gestione delle giacenze di magazzino di Presidio e/o di distretto con riduzione del 10% del volume complessivo rispetto al 2023. Rendiconto semestrale ed annuale delle giacenze e relativo importo con attenta verifica e monitoraggio dei prodotti in scadenza. | Range | Assoluto | FARMA |

*Tab. 43*

### 3.3.4 Catalogo Obiettivi Area Ospedaliera

| Codice obiettivo | Nome Obiettivo | Algoritmo calcolo | Metrica | Dis | Pres.Osp |
|---|---|---|---|---|---|
| ANTC | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D | P |
| CAT08 | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D | P |
| D01C | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA) | Range in diminuz. | Assoluto | D | P |
| D02C | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico. | Range in diminuz. | Assoluto | D | P |
| D03C | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | Range in diminuz. | Assoluto | D | P |
| D04C | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | Range in diminuz. | Assoluto | D | P |
| D09Z | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | on/off | Assoluto | D | |
| D10Z | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B | Range in aumento | % | D | P |
| DCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | On/off | % | D | P |
| DDFA | Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici | Manuale | % | D | |
| DFSE | % Referti firmati digitalmente (Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | Range in aumento | % | D | P |
| DSPE | Incremento attività specialistica ambulatoriale | Range in aumento | Assoluto | D | P |
| H01Z | Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti | Range in diminuz. | Assoluto | | P |
| H02Z | Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui | on/off | Assoluto | | P |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| H03C | Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella | | | | P |
| H04Z | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario | Range in diminuz. | Assoluto | | P |
| H05Z | Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | Range in aumento | Assoluto | | P |
| H08Zb | Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) | Range in diminuz. | % | | P |
| H13C | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. | Range in aumento | % | | P |
| H17C | % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno | Range in diminuz. | % | | P |
| H18C | % di Parti cesarei primari in strutture 1.000 parti e oltre all'anno | Range in diminuz. | % | | P |
| H23C | Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico | Range in diminuz. | | | P |
| HAIC | Governo delle liste di attesa interventi chirurgici | Range in aumento | % | | P |
| HCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | On/off | % | | P |
| HDDH | DH Diagnostici | Range in diminuz. | Assoluto | | P |
| HDPO | Degenza pre-operatoria | Range in diminuz. | Assoluto | | P |
| HFDI | Distribuzione farmaci in dimissione | on/off | % | | P |
| HFSE | % Referti firmati digitalmente (SDO, Scheda PS,Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | Range in aumento | % | | P |
| HGDG | giornate di degenza | Range in aumento | Assoluto | | P |
| HICM | indice di occupazione media | Range in aumento | % | | P |
| HMDG | degenza media | Range in diminuz. | Assoluto | | P |
| HMDH | DH Medici (accessi) | Range in diminuz. | Assoluto | | P |
| HMRC | DRG Medico in Reparto Chirurgico - DRG Medici/N. dimessi rep. Chirurgici - rif < 25% | Range in diminuz. | % | | P |
| HPAC | Attivazione/Incrementare i PACC | Range in aumento | % | | P |
| HPMO | peso medio ricoveri ordinari | Range in aumento | Assoluto | | P |
| HRDH | ricoveri in DH | Range in aumento | Assoluto | | P |
| HRIC | % Ricoveri chirurgici | Range in aumento | % | | P |
| HROR | Ricoveri ordinari | Range in aumento | Assoluto | | P |
| HROS | % Ricoveri oltre soglia | Range in diminuz. | % | | P |
| HRXE | Incremento attività radiologica esterna | Range in aumento | % | D | P |
| HSDO | Chiusura SDO in 72h | Range in aumento | % | | P |
| HSTR | Incremento attività Stroke Unit | Range in aumento | % | | P |
| HWEE | Attivazione week surgery/Incremento attività | Range in aumento | % | | P |
| PO041 | Attività di produzione volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti, nonché il raggiungimento dell'obiettivo di autosufficienza sangue aziendale, regionale e nazionale | RANGE | % | | P |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PO042 | Raccolta, lavorazione e qualificazione biologica e immunoematologica del plasma ottenuto sia da sangue intero che da aferesi per le finalità relative alla produzione di farmaci pasmaderivati, in particolare albumina e invio dello stesso ai centri e alle aziende produttori di emoderivati | RANGE | % | | P |
| PO043 | Implementazione del Programma Patien Blond Transfusion PBM e della promozione del comportamento standard che prevede il trattamento trasfusionale dell'anemia, nel paziente stabile non emorragico, mediante la prescrizione di un'unità di sangue a sua volta preceduta da rivalutazione clinica prima di ogni trasfusione e l'adozione di strategie trasfusionali restrittive | RANGE | % | | P |
| PO044 | Verifica dell'appropriatezza delle richieste di sangue, emocomponenti e plasmaderivati, nonché l'implementazione pratica trasfusionale ambulatoriale | RANGE | % | | P |

*Tab. 44*

### 3.3.5 Catalogo Obiettivi Area Dip. Salute Mentale

| Codice obiettivo | Nome Obiettivo | Algoritmo calcolo | Metrica | Dis | Sal Mentale |
|---|---|---|---|---|---|
| ANTC | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D | MENT |
| CAT08 | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | S | MENT |
| D27Z | Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche | On/off | % | D | MENT |
| DCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | On/off | % | D | MENT |
| DDFA | Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici | Manuale | % | D | |
| DFSE | % Referti firmati digitalmente (Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat) | Range in aumento | % | D | MENT |
| DSPE | Incremento attività specialistica ambulatoriale | Range in aumento | Assoluto | D | MENT |
| M001 | Sviluppo PDTA Esordi psicotici e schizofrenia | Manuale | | | MENT |
| M002 | Implementazione utenza assistita dalla UOSD DCA | Manuale | | | MENT |
| M003 | Monitoraggio ricoveri autorizzati dalla UOSD DCA presso strutture fuori regione | Manuale | | | MENT |
| M004 | Costituzione del Gruppo di Lavoro Autismo e Fascia di Transizione | Manuale | | | MENT |
| M005 | Efficienza e tempestività dei flussi informativi (STP, ENI, dati sulla sicurezza, SMOP, Sorveglianza Covid in strutture residenziali ecc.) | Manuale | | | MENT |
| M006 | Implementazione attività socioriabilitative e delle attività di rete, fascia 18-30 anni, per prevenzione del disagio e intervento precoce | Manuale | | | MENT |
| M007 | Monitoraggio uso strumenti di contenzione in SPDC | Manuale | | | MENT |
| M008 | Adempimenti Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) | Manuale | | | MENT |
| M009 | Adempimenti Privacy | Manuale | | | MENT |
| M010 | Attuazione di tutte le misure di sicurenzza negli ambienti di lavoro sia per i dipendenti che per gli utenti | Manuale | | | MENT |
| M011 | Attivare valutazione performance di tutti gli incarichi di professionalità su specifici obiettivi | Manuale | | | MENT |
| M012 | Adempimenti prevenzione della corruzione | Manuale | | | MENT |

*Tab. 45*

### 3.3.6 Catalogo Obiettivi Area Dip. Patologiche

| Codice obiettivo | Nome Obiettivo | Algoritmo calcolo | Metrica | Dis | Dip.Pat. |
|---|---|---|---|---|---|
| ANTC | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | D | SER.D |
| CAT08 | Adempimenti procedure prevenzione della corruzione | Manuale | Assoluto | S | SER.D |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DCIP | Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | On/off | % | D | SER.D |
| T001 | Attuazione piano locale della prevenzione Dipendenze - Promozione di programmi ed iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche. Intercettazione precoce adolescenti e giovani adulti. | Manuale | | | SER.D |
| T002 | Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extraregionali - Tutela della salute pubblica. | Manuale | | | SER.D |
| T003 | Tutela della salute dei soggetti in carico. Rilevazione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze. | Manuale | | | SER.D |
| T004 | Incremento screening HCV e attivazione screening nazionale gratuito per l'eliminazione del Virus come da G.U. 162 del 08/07/2022 | Manuale | | | SER.D |
| T005 | Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente | Manuale | | | SER.D |
| T006 | Riduzione frequenza supplementi su assunzione o su affido dei farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, suboxone e sodio oxibato) | Manuale | | | SER.D |
| T007 | Corretta compilazione e trasmissione tempestiva dei flussi - Assolvimento debiti informativi del Sistema informativo Dipendenze. | Manuale | | | SER.D |
| T008 | Contrasto diffusione virus Sars-Cov.2 in tutte le articolazioni del Dipartimento Dipendenze | Manuale | | | SER.D |
| T009 | Utenti con diagnosi di dipendenza comportamentale GAP iscritti nella piattaforma SID | Manuale | | | SER.D |
| T010 | Corretta gestione del ciclo passivo | Manuale | | | SER.D |
| T011 | Adempimenti Privacy | Manuale | | | SER.D |
| T012 | Adempimenti prevenzione della corruzione | Manuale | | | SER.D |
| T013 | Monitoraggio PDTA Doppia Diagnosi, al fine di rendere più fluido il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, affrontando eventuali criticità realative ai percorsi ad alta integrazione multidisciplinare e inter-dipartimentale messi in atto | Manuale | | | SER.D |
| T014 | Lavoro finalizzato alla stesura di PDTA relativi ad:<br>- abuso di sostanze (in collaborazione con la Direzione Dipartimentale)<br>- Alcolismo (in colla. Con la UOSD Alcolismo)<br>- Dipendenze Comportamentali e GAP (in collab. Con la UOC Dipendenze Comportamentali) | Manuale | | | SER.D |
| T015 | Coordinamento all'interno di tutti i servizi per le dipendenze del laboro finalizzato all'adesione allo screening per la prevenzione del tumore alla cervice uterina delle utenti di età 30-65 anni | Manuale | | | SER.D |
| T016 | Monitoraggio corretta presa in carico ed iscrizione alla piattaforma SID da parte dei SerD dei pazienti con diagnosi di dipendenze comportamentali e alcolismo | Manuale | | | SER.D |
| T017 | Realizzare un'omogenea base informativa tempestivamente aggiornata finalizzata a soddisfare il debito informativo attraverso il sistema informativo SMOP e di monitoraggio del superamento dell'OPG | Manuale | | | SER.D |
| T018 | Avvio procedure gestionali per un'appropriata programmazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie SerD in ambito penitenziario | Manuale | | | SER.D |
| T019 | Miglioramento delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e riabilitative presso gli istituti penitenziari di cui al DPR 309/90. | Manuale | | | SER.D |
| T020 | Partecipazione ai GOTA (di cui ai protocolli operativi) per la prevenzione del rischio suiicidari nel sistema penitenziario per adulti | Manuale | | | SER.D |

*Tab. 46*

### *3.3.7 Catalogo Obiettivi Area Sanità penitenziaria*

| *Codice obiettivo* | *Nome Obiettivo* | *Algoritmo calcolo* | *Metrica* | *Penit.* |
|---|---|---|---|---|
| SP001 | Potenziamento sistema informativo SMOP | On/off | Assoluto | PENITENZ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SP002 | Gestione attività sanitaria penitenziaria sistema SMOP | On/off | Assoluto | PENITENZ |
| SP003 | Uniformazione procedure monitoraggio presa in carico pazienti psichiatrici | On/off | Assoluto | PENITENZ |
| SP004 | Uniformazione procedure aziendali per l'assistenza sanitaria penitenziaria | Range | Assoluto | PENITENZ |
| SP005 | Redazione, diffusione e aggiornamento Linee Guida aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali | Range | Assoluto | PENITENZ |
| SP006 | Collaborazione fra ASL e altri Enti, Amministrazioni e Autorità | On/off | Assoluto | PENITENZ |
| SP007 | Appropriatezza prestazioni psichiatriche | On/off | Assoluto | PENITENZ |
| SP008 | Gestione e presa in carico sanitaria minorenni | On/off | Assoluto | PENITENZ |
| SP009 | Comunità Sperimentale ex Accordi della Conferenza Unificata | On/off | Assoluto | PENITENZ |
| SP010 | Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario | On/off | Assoluto | PENITENZ |
| SP011 | Formazione | On/off | Assoluto | PENITENZ |

*Tab. 47*

### *3.3.8 Catalogo Obiettivi Area Amministrativa*

| Cod. Obiett. | Nome Obiettivo | Metrica Obiettivo | Tipo Obiettivo | Indicazioni Obiettivo |
|---|---|---|---|---|
| **DA043** | **Acquisti apparecchiature elettromedicali sotto soglia. Istituzione di un registro fornitori acquisti con rinnovo mensile ed invio alla Direzione Stretegica del verbale** | **ASSOLUTO** | **RANGE** | **Inizio procedure entro 15 gg dal verbale** |
| **DA042** | **Richieste di manutenzione correttiva e/o ordinaria a seguito di guasti a garanzia dell'Up Time apparecchiature elettromedicali (Garantire LEA)** | **PERCENT.** | **RANGE** | **n° Richieste Evase/N° totale richieste manutenzioni ricevute** |
| **DA044** | **Tempestività delle liquidazioni delle fatture afferenti al CdC dalla data di registrazione delle stesse** | **PERCENT.** | **RANGE** | **0>X>5 gg: 100%; 5>X>10 gg: 50%; X>10 gg: 0%** |
| **DA001** | **Privacy e Corruzione** | **PERCENT.** | **SOGLIA** | **Relazione** |
| **DA041** | **Liquidazione fatture** | **ASSOLUTO** | **RANGE** | **N. Fatture liquidate/totale fatture Cdc 100% fatture liquidate = obiettivo raggiunto** |
| **DA040** | **Rispetto dei tempi per tutte le dichiarazioni di legge (es: IRES, IVA, ecc)** | **PERCENT.** | **SOGLIA** | **Obiettivo On/Off** |
| **DA039** | **predisposizione dei modelli di verifica trimestrale ed annuale d'intesa con la UOC Controllo Interno di Gestione sugli eventi economici gestionali, con adozione del bilancio nei tempi di legge (preventivo e consuntivo)** | **PERCENT.** | **SOGLIA** | **Obiettivo On/Off Rispetto della tempistica** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DA038 | Tempi di pagamento rispetto ai tempi di pagamento delle fatture | ASSOLUTO | RANGE | N. giorni intercorsi tra la data di pubblicazione della determina di pagamento o la lista di liquidazione e l'emissione del mandato di pagamento, compatibilmente con il cash flow finanziario. L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento:<br>Per Soggetti Accreditati:<br>≤ 20 gg: 100%<br>≤ 30 gg: 80%;<br>≤ 70 gg: 60%;<br>≥ 71 gg: 0%<br>Per Fornitori di beni e servizi:<br>≤ 30 gg: 100%<br>≤ 40 gg: 80%;<br>≤ 60 gg: 60%;<br>≥ 61 gg: 0% |
| DA037 | Controllo circa la rilevazione delle presenze, permessi, servizi esterni, ecc. Controlli mensili, Istituzione di un registro dove vengono annotati i controlli | PERCENT. | SOGLIA | Obiettivo On/Off |
| DA036 | Acquisizione delle prestazioni/carico merce | ASSOLUTO | RANGE | Acq.Prest. 0>x>5 gg del mese successivo: 100%; Acq.Prest. 5>x>10 gg del mese successivo: 50%; Acq.Prest. x>10 gg del mese successivo: 0%; |
| DA035 | Liquidazione fatture dalla data di registrazione | ASSOLUTO | RANGE | 0>X>10 gg: 100%; 11>X>20 gg: 50%; X>20 gg: 0% |
| DA034 | Determine dirigenziali | PERCENT. | RANGE | N. Verifiche/Totale Determine |
| DA033 | Liquidazione fatture dalla data di registrazione | PERCENT. | RANGE | n. Fatture liquidate/Totale fatture CdC |
| DA032 | Tempi di liquidazione fatture | PERCENT. | RANGE | Totale Fatture Liquidate:<br>0>X>10 gg: 100%;<br>11>X>20 gg: 80%;<br>21>X>30 gg: 60%<br>X>30 gg: 0% |
| DA031 | Liquidazione sinistri (transazioni/sentenze) | PERCENT. | RANGE | pratiche Evase-Liquidate/Totale Richiete |
| DA030 | Anticorruzione - Obiettivi PIAO | ASSOLUTO | SOGLIA | Monitoraggio semestrale obiettivi anticorruzione e trasparenza del PIAO 24/26.<br>Report |
| DA029 | Trasparenza | ASSOLUTO | SOGLIA | Corretta attuazione obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.<br>Report |
| DA028 | Anticorruzione - Verifica dichiarazioni Co.Co.Pro. | PERCENT. | RANGE | Verifiche dichiarazioni assenza di conflitto di interessi dei Collaboratori a progetto |
| DA027 | Corretta alimentazione flussi NSIS e Regionali | PERCENT. | SOGLIA | Attestazioni trimestrali sul corretto adempimento |
| DA026 | Implementazione corretta del Modulo CO di SAP | ASSOLUTO | SOGLIA | |
| DA025 | Monitoraggio bimestrale di tutti gli indicatori LEA-NSG con notifica e verifica intermedia per i direttori di Macrostruttura | PERCENT. | RANGE | Report alla Direzione strategica bimestrale;<br>Numero relazioni inviate ai Direttori di Macrostruttura;<br>Copia dei verbali della verifica intermedia |
| DA024 | Monitoraggio contenziono mensile con indicazione di:<br>- Contenzioso pendente;<br>- contenzioso legali esterni;<br>- contenzioso legali interni;<br>- cause con esito positivo dell'Ente;<br>- cause con soccombenza | PERCENT. | SOGLIA | Report Mensile |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DA023 | incremento Piattaforma per la gestione del contenzioso LegalApp | PERCENT. | SOGLIA | Relazione Trimestrale |
| DA022 | Liquidazione compensi avvocati esterni | PERCENT. | RANGE | Riduzione tempo di redazione determine dirigenziali a 10 gg. dal completamento dalla presentazione dei documenti forniti dal professionista |
| DA021 | Stabilizzazione del precariato in conformità al P.T.F.P | PERCENT. | RANGE | N. procedure concluse/n. procedure totali |
| DA020 | Verifica puntuale con cadenza semestrale, delle dichiarazioni rese dal personale dipendente ai sensi del D.Lgs. 39/2013 e dall'art. 53 D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. | PERCENT. | RANGE | N. Dichiarazioni controllate/ n. dichiarazioni totali |
| DA019 | Liquidazione sentenze personale dipendente a decorrere dalla sentenza | PERCENT. | RANGE | N. pratiche liquidate pari al 100% |
| DA018 | Attivazione procedure legali per recupero somme a credito dell'azienda e attivazione sfratti | PERCENT. | SOGLIA | a decorrere III canone non pagato:<br>- Messa in mora;<br>- richiesta attivazione procedure legali con il supporto del servizio AA.LL. |
| DA017 | Implementazione dati relativi a interventi manutentivi eseguiti sulle strutture territoriali | ASSOLUTO | SOGLIA | Report Trimestrale |
| DA016 | Attività di verifica ed implementazione della documentazione tecnica relativa agli immobili detenuti dall'ASL CE, mediante implementazione su piattaforma SIT | PERCENT. | RANGE | PERCENTUALE Verifiche ed impementazioni su piattaforma SIT sul n° totale di immobili detenuti |
| DA015 | Attuazione del protocollo operativo n. 105563/Dir.Dip. Del 10/02/2022:<br>- Richiesta fatturazione;<br>- Solleciti pagamenti;<br>- Attribuzione agli enti della percentuale assegnata | ASSOLUTO | SOGLIA | Report Trimestrale alla Direzione strategica |
| DA014 | Controlli circa la rilevazione delle presenze, permessi, servizi esterni, ecc. Controlli mensili Istituzione di un registro dove vengono annotati i controlli | PERCENT. | RANGE | |
| DA013 | Gestione iter per la realizzazione di strutture a valere sul PNRR attribuite alla Centrale di Committenza SORESA o altre centrali di committenza | PERCENT. | RANGE | Entro la fine dell'esercizio |
| DA012 | Programmazione Triennale e Piano annuale degli interventi da eseguire presso gli immobili dell'ASL di Caserta, con raccolta quadro esigenziale delle strutture periferiche | ASSOLUTO | SOGLIA | |
| DA011 | Implementazione dati relativi ad interventi manutentivi eseguiti su struttura ospedaliera | ASSOLUTO | SOGLIA | Report Trimestrale |
| DA010 | Fascicolo Sanitario Elettronico. N° documenti inviati al fasciolo/N° Totale documenti prodotti | PERCENT. | RANGE | in aumento |
| DA009 | Portale cittadino con accesso SPID e CIE. Messa in esercizio | ASSOLUTO | SOGLIA | Relazione semestrale alla Direzione Strategica |
| DA008 | Liquidazione fatture dalla data di registrazione | PERCENT. | RANGE | in diminuzione |
| DA007 | "Monitoraggio e analisi vetture in dotazione all'azienda: | ASSOLUTO | SOGLIA | Report di monitoraggio Bimestrale alla Direzione Strategica |
| DA006 | Raccolta e monitoraggio del fabbisogno aziendale con successiva ciclicità di capitolato con predisposizione di un file con aggiornamento mensile | ASSOLUTO | SOGLIA | Report di monitoraggio mensile per Direzione Strategica |
| DA005 | Redazione calendario gare e RDO<br>- in corso;<br>- scadute;<br>- in scadenza;<br>- in proroga. | ASSOLUTO | SOGLIA | Entro il 30/06/2024 e con aggiornamento mensile |
| DA004 | Supporto alla Direzione Strategica nei processi di Audit Interno al fine di migliorare l'efficienza lavorativa | ASSOLUTO | SOGLIA | |
| DA003 | Implementazione modelli uniformi ed appropriatezza di gestione dei macro processi distrettuali con focus su procedure per contenimento costi ed ITP Aziendali | ASSOLUTO | SOGLIA | Target 3 modelli |
| DA002 | Adozione e monitoraggio regolamento aziendale acquisizione beni e servizi | ASSOLUTO | SOGLIA | Report Bimestrale alla Direzione Strategica con evidenza di eventuali criticità |

*Tab. 48*

### *3.3.9 Altri obiettivi trasversali*

**Gestione delle liste d'attesa**

| *Obiettivo* | *Obiettivo-Descrizione* | *Obiettivo* | *Indicatore (Efficienza e di risultato)* | *2024* | *2025* | *2026* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tem_55 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso** | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della bozza di Griglia LEA 2017) | ≤ 21 minuti | Mantenere performance 2020 | ≤ 21 minuti | ≤ 21 minuti | ≤ 21 minuti |
| | Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da disposizione regionale | Migliorare la performance 90° percentile entro le 4 ore | Rispetto indicazioni regionali | Ob Regione | Ob Regione | Ob Regione |
| **Tem_56-Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici** | Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto | Ob Regione | Ob Regione | Ob Regione |
| **Tem_57-Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale** | Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale - Classe Breve Attesa (B), Classe Differita (D), Classe Programmabile (P) | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto | Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto | Ob Regione | Ob Regione | Ob Regione |

*Tab. 49*

## *3.3.10 Incremento Attività Specialistica (Obiettivi DGRC 420/ 2024)-Obiettivi di produzione 2025*

Già per l'anno 2024 sono stati assegnati a tutti i direttori delle macrostrutture distrettuali e dei PPOO l'incremento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali esterne.
In particolare, è stato previsto un incremento medio del 6 % sul consuntivo 2023 e quindi, di fatto, di oltre il 9% sul consuntivo 2022.
Inoltre, per le prestazioni del Laboratorio Analisi è stata disposta l'apertura al pubblico sia del Sabato che della Domenica (dalle ore 9:00 alle ore 13:00) e dal mese di ottobre sarà anticipata l'apertura di mattino alle ore 7.30.

In attuazione del DCA 55 della Regione Campania sono stati individuati i laboratori HUB e SPOKE e data la complessità del territorio dell'ASL con 104 comuni è stata potenziata la rete dei punti prelievo nei vari distretti ed in diversi comuni.

Laboratori Hub e Spoke;

- Laboratorio PO "Dr.ssa A.Guerriero" Marcianise HUB
- Laboratorio PO S.G. Moscati Aversa HUB
- Laboratorio PO S Rocco Sessa Aurunca SPOKE
- Laboratorio PO Piedimonte Matese SPOKE
- Laboratorio PO Melorio S Maria CV SPOKE
- Laboratorio PO Maddaloni SPOKE

Sono stati attivati i seguenti punti prelievi distrettuali:

| DISTRETTI SANITARI | TIPOLOGIA | LAB. DI RIFERIMENTO |
|---|---|---|
| **POL. FONTEGRECA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **POL. ALIFE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **SERD PIEDIMONTE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **SERD PIEDIMONTE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **P.O. PIEDIMONTE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |

| DISTRETTI SANITARI | TIPOLOGIA | LAB. DI RIFERIMENTO |
|---|---|---|
| **P.O. PIEDIMONTE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **POL. CAPRIATI AL VOLTURNO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **POL. PRATA SANNITA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **POL. VALLE AGRICOLA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **POL. LETINO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **POL. GALLO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **GIOIA SANNITICA (NON ATTIVO)** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **SAN GREGORIO M. (NON ATTIVO)** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **R.S.A VIA DE FALCO CASERTA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. PIEDIMONTE |
| **AMBULATORIO TEANO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O SESSA AURUNCA |
| **POL. ROCCAMONFINA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O SESSA AURUNCA |
| **SERD TEANO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O SESSA AURUNCA |
| **SERD TEANO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **POL. MONDRAGONE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O SESSA AURUNCA |
| **POL. CASTELVOLTURNO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O SESSA AURUNCA |
| **POL. CELLOLE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O SESSA AURUNCA |
| **P.O. SESSA AURUNCA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **P.O. SESSA AURUNCA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **H. CAPUA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. SANTA MARIA C.V. |
| **P.O. SANTA MARIA C.V.** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **P.O. SANTA MARIA C.V.** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **POL. TRENTOLA DUCENTA/CHRONIC CENTER** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **POL. AVERSA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **SERD AVERSA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **P.O. AVERSA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **P.O. SAN FELICE A CANCELLO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MADDALONI |
| **P.O. SAN FELICE A CANCELLO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **P.O. MADDALONI** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **P.O. MADDALONI** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **P.O. MARCIANISE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MADDALONI |
| **DS. 13 MADDALONI** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MADDALONI |
| **SERD MARCIANISE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **POL. PARETE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **SERD CAPUA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **DS.16 MARCIANISE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **DS. 18 TEVEROLA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **DS.18 SUCCIVO** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **DS.21 GRAZZANISE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |
| **DS.20 CASAL DI PRINCIPE** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. AVERSA |
| **DS.12 CASERTA** | CAMPIONI BIOLOGICI | P.O. MARCIANISE |

*Tab. 50*

| DISTRETTI SANITARI | TIPOLOGIA | LAB. DI RIFERIMENTO |
|---|---|---|
| **POL. FONTEGRECA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. ALIFE** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **P.O. PIEDIMONTE** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. CAPRIATI AL VOLTURNO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. PRATA SANNITA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. VALLE AGRICOLA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. LETINO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. GALLO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |

| DISTRETTI SANITARI | TIPOLOGIA | LAB. DI RIFERIMENTO |
|---|---|---|
| **POL. PIETRAVAIRANO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. MIGNANO MONTE LUNGO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **AMBULATORIO TEANO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. ROCCAMONFINA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **EX SEMINARIO SESSA AURUNCA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. MONDRAGONE** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. CASTELVOLTURNO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. CELLOLE** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **P.O. SESSA AURUNCA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **H. CAPUA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **P.O. SANTA MARIA C.V.** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. CASAL DI PRINCIPE** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. TRENTOLA DUCENTA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. AVERSA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **P.O. AVERSA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **POL. SAN MARCELLINO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **P.O. SAN FELICE A CANCELLO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **DS. 13 MADDALONI** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **P.O. MADDALONI** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **DS. 16 MARCIANISE** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **DS. 12 CASERTA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **DS. 18 TEVEROLA** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **DS.18 SUCCIVO** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |
| **DS.21 GRAZZANISE** | COLON RETTO | ASL CASERTA VIA UNITA'/P.O. MARCIANISE |

*Tab. 51*

Un servizio trasporto prelievi a norma di legge raccoglie dalle sottoelencate sedi i prelievi secondo uno specifico calendario settimanale portandoli ai due HUB.
I su indicati punti prelievi sono collegati con gli HUB mediante sistema informativo in rete.
È stata istituita una guardia notturna dipartimentalizzata concentrata nei laboratori di Marcianise e Aversa. Inoltre il laboratorio del PO di S Maria Capua Vetere fa riferimento direttamente al Laboratorio di Aversa e quello di Maddaloni a quello di Marcianise.
Inoltre, per velocizzare le risposte dei referti si è proceduto ad una razionalizzazione delle tipologie di esami da elaborate in modo da evitare doppioni.
Analogamente per le radiologie dei PPOO è stata disposta l'apertura al pubblico oltre che del Sabato anche della Domenica. Nel corso del 2024 sono state attivate tre radiologie distrettuali con TAC dove vengono effettuati anche esami con contrasto. Le sedi delle TAC già attive sono Aversa (Via S Lucia) e Mondragone (Sede del distretto) ,mentre è in corso di attivazione quella di Teano dove sono stati già realizzati i locali a norme e già collaudata la nuova TAC. ed é in corso il reperimento di radiologi e tecnici di radiologia.
Sempre nell'ambito della diagnostica radiologica è stata aperta al pubblico oltre la RMN del PO di Aversa anche quella del PO di Marcianise.

L'incremento delle prestazioni specialistiche di branca a visita nei PPOO sarà garantito da un maggiore impegno delle discipline di Cardiologia, Ortopedia, Oculistica, ORL, Gastroenterologia, Ostetricia e Ginecologia.
I dati del nostro File C pubblico dei primi 5 mesi del 2024 evidenziano un numero di prestazioni pari 905.119.

***Anno 2024 - Fino a Maggio***

| | Prestazioni | Costo LORDO |
|---|---|---|
| Visite | 157.953 | 2.674.004,71 € |
| Laboratorio | 628.071 | 2.363.288,21 € |

| | | |
|---|---|---|
| Diagnostica | 87.171 | 3.013.404,33 € |
| Terepeutiche | 25.406 | 1.378.966,95 € |
| Riabilitazione | 6.518 | 140.032,21 € |
| | ***905.119*** | ***9.569.696,41 €*** |
| Totali File C | ***905.119*** | ***9.569.696,41 €*** |

*Tab. 52*

I dati del File C pubblico aggiornato al 31 Agosto 2024 con n. di prestazioni pari a 1.354.567 fanno prevedere un dato finale al 31 Dic 2024 pari a n. 2.031.851 prestazioni pari al 47% d'incremento rispetto al consuntivo 2023 e quindi in linea con gli obiettivi della DGRC 420/2024.

***Anno 2024 - Fino a Agosto***

| | Prestazioni | Costo LORDO |
|---|---|---|
| Visite | 234.868 | 3.971.522,07 € |
| Laboratorio | 942.414 | 3.552.995,99 € |
| Diagnostica | 129.608 | 4.531.581,64 € |
| Terepeutiche | 38.594 | 2.068.505,09 € |
| Riabilitazione | 9.083 | 196.040,73 € |
| | ***1.354.567*** | ***14.320.645,52 €*** |

*Tab. 53*

**Tabella 53 Bis: Dati Prestazioni – File C Pubblico anno 2024**

| STRUTTURA | Diagnostica | Laboratorio | NON FA.RE. | Riabilitazione | Terapeutiche | Visite | Totale complessivo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **OSPEDALE MADDALONI** | **22.287** | **92.963** | **63** | **76** | **1.633** | **4.799** | **121.821** |
| **OSPEDALE MARCIANISE** | **22.244** | **616.364** | **49** | **7** | **6.759** | **21.729** | **667.152** |
| **OSPEDALE PIEDIMONTE MATESE** | **11.619** | **270.913** | **11** | **14** | **11.723** | **13.359** | **307.639** |
| **OSPEDALE SAN FELICE A CANCELLO** | **14.080** | **1.282** | **1.537** | **24** | **6.477** | **11.151** | **34.551** |
| **POLIAMB. OSPEDALE MOSCATI AVERSA** | **21.363** | **203.321** | **74** | | **9.297** | **28.439** | **262.494** |
| **POLIAMB. OSPEDALE SAN ROCCO SESSA AURUNCA** | **7.758** | **171.176** | **59** | | **3.337** | **3.717** | **186.047** |
| **POLIAMBULAT. OSPEDALE MELORIO S MARIA CV** | **8.897** | **65.028** | **7** | **46** | **3.961** | **7.967** | **85.906** |
| **POLIAMBULATORIO DISTRETTO 12** | **11.228** | **939** | **644** | **189** | **3.553** | **37.774** | **54.327** |
| **POLIAMBULATORIO DISTRETTO 13** | **10.566** | **34** | **2.130** | **41** | **1.780** | **24.489** | **39.040** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 14 | 9.626 | 370 | 5.196 | 550 | 2.035 | 31.142 | 49.919 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 15 | 6.200 | 654 | 3.063 | 64 | 742 | 16.990 | 27.713 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 16 | 6.297 | 703 | | 150 | 1.057 | 22.414 | 30.621 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 17 | 15.653 | 574 | 4 | 70 | 4.544 | 44.550 | 65.395 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 18 | 3.526 | 43 | 1 | 57 | 600 | 15.352 | 19.579 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 20 | 5.307 | 12 | 6 | 52 | 690 | 16.409 | 22.476 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 21 | 8.382 | 87 | | 121 | 193 | 17.129 | 25.912 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 22 | 6.082 | 196 | 3 | 212 | 197 | 13.758 | 20.448 |
| POLIAMBULATORIO DISTRETTO 22 | 6.531 | 80 | | 342 | 701 | 22.947 | 30.601 |
| SALUTE MENTALE MADDALONI | | | | | 8 | 9 | 17 |
| SALUTE MENTALE MARCIANISE | 12 | | | | | 951 | 963 |
| SALUTE MENTALE PIEDIMONTE MATESE | | | | | 126 | 1.013 | 1.139 |
| SALUTE MENTALE TEANO | | | | | 56 | 330 | 386 |
| Totale complessivo | 197.658 | 1.424.739 | 12.847 | 2.015 | 59.469 | 356.418 | 2.053.146 |

*Tab. 53 bis*

## Misure adottate o da adottare per raggiungere di obiettivi di produzione 2025

Al fine di potenziare ulteriormente l'offerta pubblica si sta procedendo:

1- Potenziare il call center aziendale con 9 (nove) unità fisse dalle ore 8:00 alle ore 18:00 di tutti i giorni feriali e dalle ore 8:00 alle ore 12:00 nel Sabato. Ciò al fine di rendere i tempi di attesa degli utenti minimi per non scoraggiare l'accesso alle strutture pubbliche.
2- Attivare un servizio esternalizzato di recall per pulire le liste di attesa atteso che ad oggi si rileva un gap tra prestazioni prenotate ed erogate pari al 28% come media.
3- Impegnare gli operatori dei CUP distrettuali e dei Presidi Ospedalieri a confermare
4- Prevedere per ogni branca specialistica un accordo con gli specialisti ambulatoriali per prevedere almeno una prestazione "Over booking /accesso autorizzato" per ogni ora di attività.
5- Imporre a tutti gli specialisti la firma digitale di ogni referto sia per incrementare l'obiettivi del Fascicolo Sanitario (FSE) e sia per avere la certezza che tutte le attività specialistiche siano confermate. A tal proposito è in corso una modifica del programma di gestione delle prestazioni ambulatoriali con firma digitale che in automatico ribalti sul CUP regionale la conferma delle prestazioni con referto firmato digitalmente ed inviato al FSE.

6- Quantificare per le prestazioni di laboratorio analisi il valore delle attività in Alpi atteso che molti utenti preferiscono pagare l'intera prestazione come da tariffario evitando la prescrizioni del MMG su ricetta del SSN.

7- Per le prestazioni di dialisi nelle nostre strutture pubbliche è attiva una procedura del portale Sani.arp che impone l'acquisizione delle ricette per ogni utente e per massimo 12 prestazioni mensili. Le strutture pubbliche erogano prestazioni dialitiche sono 4 (quattro):

| Centri di Dialisi | Numero ricette registrate | N.Sedute Dialitiche effettuate |
|---|---|---|
| Dialisi PO Aversa | 880 | 22.242 |
| Dialisi P.O.S Maria CV | 650 | 43.260 |
| Dialisi PO Piedimonte Matese | 487 | 34.924 |
| Dialisi PO S Felice a C | 17 | 3.068 |

*Tab. 54: produzione centri di dialisi pubblici dell'ASL Caserta*

8- Incrementare sia il peso che il target dell'obiettivo "*Incremento attività specialistica esterna*", "*Incremento attività radiologica esterna* " e "*Incremento attività di laboratorio esterna*" per il 2025. Si allega la tabella che riporta gli obiettivi target assegnati a tutte le macrostrutture per l'anno 2024.

9- Incrementare le attività delle radiologia pubbliche intensificando le postazioni completando la piena attivazione di tutte le strutture radiologiche in rete.

**Tab.55 Postazioni di WS già attivate e da attivare**

| ASL CE - STRUTTURE | WS INSTALLATE | WS 3MP DA INSTALLARE | WS 5MP DAINSTALLARE | NECESSITA' |
|---|---|---|---|---|
| PO AVERSA | 8 | 0 | 0 | 0 |
| PO MARCIANISE | 6 | 0 | 2 | 0 |
| PO PIEDIMONTE M | 3 | 1 | 0 | 0 |
| PO MADDALONI | 4 | 0 | 0 | 0 |
| PO SESSA AURUNCA | 4 | 0 | 0 | 0 |
| PO SANTA MARIA CV | 2 | 1 | 0 | 1 da 5MP |
| PO TEANO | 0 | 0 | 0 | 2 da 3 MP |
| PO S. FELICE A C | 2 | 0 | 0 | 0 |
| DIS 12 P DELLA SALUTE | 1 | 0 | 2 | 1 da 3 MP, 1 da 5 MP |
| DIS 17 EX INAM AVERSA | 1 | 0 | 1 | 0 |
| DIS 17 VIA S. LUCIA | 2 | 0 | 0 | 1 da 3MP |
| DIS 23 MONDRAGONE | 2 | 0 | 1 | 0 |
| DIS 20 VILLA LITERNO | 0 | 1 | 1 | 0 |
| DIS 21 GRAZZANISE | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CARCERE SANTA MCV | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CARCERE CARINOLA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **TOTALE=6 WS** |

*Tab.55*

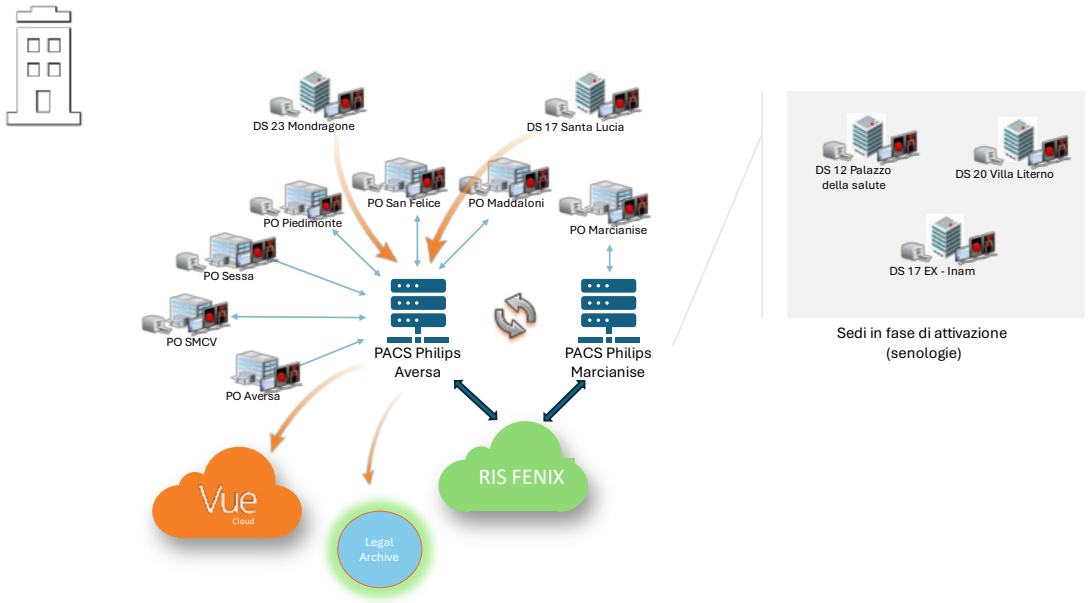



*Fig.108- Nuova rete del Sistema Radiologico dell'ASL*

Completare l'attivazione del 3 poli radiologici distrettuali:
I poli radiologici di Aversa e Mondragone sono stati già attivati:
Per Aversa si registrano le seguenti attività al 31/10/2024

| Tipologia Esame | N. |
|---|---|
| TAC | 1.701 |
| ECOGRAFIE | 2.033 |

Per Mondragone si registrano le seguenti attività

| Tipologia Esame | N. |
|---|---|
| TAC | 193 |
| ECOGRAFIE | 81 |

*Tab. 56 e 57*

10- Incrementare gli "ambulatori cure primarie" nei vari distretti.
Gli Ambulatori di Cure Primarie rappresentano la fase di transizione e riorganizzazione dei servizi distrettuali che porterà all'attuazione della Casa di Comunità. In esso operano, in modalità multidisciplinare e integrata, infermiere di famiglia o di comunità, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale, psicologi di base, assistenti sociali, personale di supporto e tecnico/amministrativo con MMG e PLS in presenza o collegati funzionalmente.

**Ambulatorio di cure primarie**

È un ambulatorio ad accesso diretto e libero per l'utente che presenta sintomi che richiedono prestazioni di bassa intensità e complessità, non urgenti.

Già da 3 Giugno 2024 è attivo l'ambulatorio di cure primarie nel distretto 17_19 con i seguenti dati di attività

| Ambulatorio | N.di Accessi |
|---|---|
| Prestazioni mediche ambulatoriali Aversa | 619 |
| Prestazioni mediche ambulatoriali Trentola Ducenta | 503 |

*Tab. 58*

**Ambulatorio Infermieristico**

L'ambulatorio, a gestione infermieristica, gioca un ruolo fondamentale nell'assistenza sanitaria moderna, offre al paziente una vasta gamma di servizi di cura e promozione della salute alla comunità.

Gli ambulatori sono gestiti da infermieri che erogano diverse prestazioni come terapie farmacologiche, esami strumentali di primo livello, medicazioni, controllo parametri vitali, controllo glicemico, prelievi ematici con accesso con impegnativa medica e prescrizione completa della prestazione infermieristica.

Già dal 3 Giugno 2024 sono attivi due ambulatori nel distretto 17_19

| Ambulatorio (Periodo 3/6/2024-31/10/2024) | N.di Accessi Aversa | N.di Accessi Trentola Ducenta | Totale |
|---|---|---|---|
| Prestazioni mediche ad accesso diretto Aversa e Trentola Ducenta | 922 | 724 | 1646 |
| Prelievi ematici | 1020 | 3003 | 4023 |
| Prestazioni Infermieristiche domiciliari programmate | 180 | 1354 | 1534 |
| Prestazioni Infermieristiche ambulatoriali programmate | 818 | 1857 | 2675 |

*Tab. 59*

Il Piano della Performance del 2025 ha previsto i seguenti obiettivi per potenziare l'offerta sanitaria specialistica, ridurre le liste di attesa e gli accessi inappropriati in Pronto Soccorso.

| Piano della Performance 2025-<br>Incremento attività specialistica ambulatoriale e nei CAD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 |
| Distretto | Dato 2023 | Incremento attività specialisica | | Incremento Prestazioni spec.nei CAD | |
| 12 | 52.870 | 54.327 | 57.586 | 3.325 | 4.000 |
| 13 | 35.870 | 39.300 | 41.265 | 2.417 | 2.537 |
| 14 | 46.431 | 50.017 | 53.518 | 4.000 | 4.200 |
| 15 | 27.115 | 28.500 | 30.210 | 1.650 | 1.732 |
| 16 | 26.516 | 31.000 | 32.550 | 2.348 | 2.488 |
| 17_19 | 59.609 | 55.000 | 61.050 | 4.125 | 4.413 |
| 18 | 20.818 | 19.000 | 19.950 | 1.955 | 2.052 |
| 20 | 21.538 | 22.476 | 23.375 | 2.600 | 2.704 |
| 21 | 23.956 | 25.912 | 27.208 | 2.046 | 2.148 |
| 22 | 20.062 | 20.448 | 21.266 | 2.673 | 2.780 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 30.524 | 30.401 | 31.922 | 2.900 | 3.016 |
| Totale | 365.309 | 376.381 | 399.900 | 30.039 | 32.070 |

*Tab. 60*

| Attivazione Amb. Infermieristici e incremento delle prestazioni | | | |
|---|---|---|---|
| Distretto | Attivazione | Obiettivi di incremento | |
| 12 | 2025 | 2.000 | 3.500 |
| 13 | 2025 | 800 | 1.200 |
| 14 | 2025 | 800 | 1.200 |
| 15 | 2025 | 700 | 1.200 |
| 16 | 2025 | 3.200 | 3.900 |
| 17_19 | 2024 | 3.200 | 3.900 |
| 18 | 2025 | 700 | 1.400 |
| 20 | 2025 | 600 | 1.000 |
| 21 | 2025 | 800 | 1.900 |
| 22 | 2025 | 600 | 1.000 |
| 23 | 2025 | 1.000 | 1.600 |
| Totale | | 14.400 | 21.800 |

*Tab. 61*

| Piano della Performance 2025-<br><br>Incremento attività specialistica ambulatoriale nei PPOO |
|---|

| | | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|
| Presidio | Dato 2023 | Incremento attività specialistica | |
| Aversa | 226.096 | 262.494 | 278.244 |
| Maddaloni | 103.241 | 121.821 | 127.912 |
| Marcianise | 667.348 | 667.152 | 707.181 |
| Piedimonte Matese | 301.756 | 307.639 | 323.021 |
| S Felice a C | 28.847 | 34.551 | 36.279 |
| S Maria CV | 82.201 | 85.906 | 90.201 |
| Sessa Aurunca | 162.166 | 186.047 | 195.349 |
| Totale | 1.571.655 | 1.665.610 | 1.758.187 |

*Tab. 62*

| Piano della Performance 2025-<br><br>Incremento attività specialistica ambulatoriale DSM |
|---|

| | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|
| UOSM Maddaloni | 36 | 17 | 18 |
| UOSM Marcianise | 685 | 963 | 1.011 |
| UOSM Piedimonte M | 1.183 | 1.139 | 1.196 |
| UOSM Teano | 293 | 386 | 405 |
| | 2197 | 2.505 | 2630 |

*Tab. 63*

### Ambulatorio della cronicità

Il paziente, over 65 anni e con 2 o più patologie croniche, attraverso il proprio medico curante, accede all'Ambulatorio delle Cronicità.
Il paziente con più di 65 anni e con 2 o più patologie croniche attraverso il proprio medico curante, accede all'Ambulatorio delle Cronicità, dove viene accolto da un team multidisciplinare medico-infermieristico, preso in carico e proposto un PDTA/PAI sulla base delle patologie riscontrate, condiviso con il MMG e il paziente.
Le prestazioni richieste dal medico curante (tramite impegnativa) verranno prenotate tramite CUP.

Sulla base di tali reportistiche viene definito quando segue :

1- Rideterminare il fabbisogno di ore di specialistica ambulatoriale atteso che nel corso del 2024 sono state perse **866** ore dettagliate nella tabella sotto-riportata, recuperando almeno il 40 %.

| BRANCA | DS12 | DS13 | DS14 | DS15 | DS16 | DS17-19 | DS18 | DS20 | DS21 | DS22 | DS23 | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DERMATOLOGIA | 6 | 24 | | 6 | | | | | | 6 | 18 | 60 |
| DIABETOLOGIA | 34 | 6 | 6 | 23 | 24 | | 44 | | | 5 | | 142 |
| EMATOLOGIA | | 7 | | | | | | | | | | 7 |
| ENDOCRINOLOGIA | | | | | | | 6 | | | | | 6 |
| FISIATRIA | 54 | | | | | | 18 | | | | | 72 |
| GERIATRIA | | | | 12 | | | | | | | | 12 |
| GINECOLOGIA | 38 | 24 | | | 16 | | 44 | | | | 38 | 160 |
| NEUROLOGIA | | 3 | | | | | 6 | | | 5 | 12 | 26 |
| NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | | | | | | | 38 | | | | 28 | 66 |
| OCULISTICA | 18 | 24 | 26 | | | | 20 | | 20 | | 12 | 120 |
| ODONTOIATRIA | | | 18 | 30 | | | | | | | | 48 |
| PEDIATRIA | | 38 | | | | | | | | | | 38 |
| PNEUMOLOGIA | 25 | | | | | | | | | 10 | 12 | 47 |
| PSICOLOGIA | | | | 38 | | | | | | | | 38 |
| RADIOLOGIA - ECOGRAFIA | 14 | | | | 10 | | | | | | | 24 |
| Totale | 189 | 126 | 50 | 109 | 50 | 0 | 176 | 0 | 20 | 26 | 120 | 866 |

*Tab. 64: Carenze ore specialistica ambulatoriale*

2- Confermare gli obiettivi per incremento delle prestazioni specialistiche nei distretti sanitari da 376.381 a 399.900 e nei PPOO da 1.665.610 a 1.758.187 riducendo significativamente i tempi di attesa delle prime visite specialistiche;
3- Confermare l'obiettivo di incremento delle attività specialistiche dei CAD per ridurre i tempi di attesa delle visite diabetologiche e le relative prestazioni diagnostiche da 30.039 a 32.070;
4- Confermare l'attivazione ed il potenziamento degli ambulatori infermieristici per ridurre sia gli accessi impropri nei PPSS e per gestire in modo appropriatele patologie croniche con l'obiettivo di assicurare almeno 21.800 prestazioni all'anno.
5- Assicurare un'assistenza sanitaria più efficiente per le malattie croniche over 65 garantendo adeguata assistenza anche a domicilio.
6- Incrementare gli screening oncologici soprattutto nella fascia 50-70 per intercettare patologie neoplastiche in fase pre-clinica (soprattutto per la mammella ed il colon retto).
7- Incrementare gli screening del Ca della prostata e la diagnosi precoce della patologie tiroidee garantendo un percorso che faciliti non solo il I livello ma anche il II Livello ( con i relativi esami strumentali ) ed il III Livello chirurgico.
8- Continuare il percorso virtuoso già avviato per ridurre i tempi di attesa delle colonscopie nei soggetti con sangue occulto positivo con il contributo delle strutture private accreditate in regime di consulenza.
9- Estendere questa esperienza anche per ridurre i tempi di attesa delle indagini endoscopiche (Esofago-gastroscopia e Colonscopia) coinvolgendo anche le struttura private accreditate come consulenti dell'ASL (Vedi manifestazione di interesse all.1).
10- Ripristinare l'esperienza di alcuni anni fa per il percorso oncologico nei soggetti in stadiazione garantendo tempi brevi per esami quali RMN,PET e TAC/PET coinvolgendo sia le strutture pubbliche che le strutture private accreditate ( con provvedimento a parte verrà definita analoga manifestazione di interesse ).

### *3.3.11 Obiettivo incremento Erogazione Farmaci in Dimissione da Ricovero ( 80%)*

L'erogazione del 1° ciclo terapeutico risponde alla normativa nazionale art. 9 Legge 405 del 2001 "Assistenza Farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri" che sancisce la necessità da parte delle Regioni di fornire ai pazienti, dimessi da ricovero ospedaliero e/o da visita ambulatoriale, i farmaci limitatamente al primo ciclo di terapia.
Ad ottobre 2022 la Direzione Generale dell'ASL di Caserta ha inserito, tra gli obiettivi strategici, l'incremento annuale delle erogazioni dei farmaci del primo ciclo terapeutico, ed ha inserito tale argomento all'ordine del giorno ad ogni convocazione dei Direttori Responsabili dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti. Con Nota ASL Ce prot. N. 0445726/DF del 1-12-22 il Direttore f.f. del Dipartimento Farmaceutico, su mio incarico, ha elaborato un percorso per facilitare il raggiungimento di tale obiettivo, ribadito poi con nota ASL CE Prot. 0035810/ASL del 7-2-23.
La principale criticità rilevata è stata la non completa registrazione da parte di molti medici ospedalieri sul portale Saniarp/Sinfonia dei i piani terapeutici in dimissione come da normativa.
In seguito a vari solleciti, anche da parte delle Direzioni Sanitarie ospedaliere, si è avuto un significativo censimento ex novo di medici ospedalieri, come nuovi prescrittori Saniarp/Sinfonia di farmaci di fascia A e il conseguente rilascio di credenziali per emettere i piani terapeutici in dimissione. L'attività di rilascio credenziali MUP Saniarp/Sinfonia è stata svolta dal personale del Settore Monitoraggio spesa farmaceutica del Dipartimento Farmaceutico.
Le farmacie ospedaliere, per incentivare le dimissioni al primo ciclo di terapia, hanno adottato le seguenti procedure per agevolare i medici prescrittori ed i pazienti:

- Il servizio di farmacia effettua la dispensazione del primo ciclo di terapia dalle ore 8.00 fino alla chiusura del servizio;

- Per i pazienti dimessi in orario pomeridiano dopo chiusura del Servizio di Farmacia, si è concordato con i Responsabili delle UU.OO. di preparare la dimissione dei farmaci la mattina e farli ritirare dall'infermiere di reparto che li consegna al paziente;
- Inoltre, è stata attivata la possibilità del ritiro dei farmaci il giorno successivo alla dimissione.

L'aumento dei piani terapeutici in dimissione ha prodotto un incremento dell'attività erogativa presso le farmacie ospedaliere.

Dagli scarichi sul portale Siac –Fiori si rileva che nell'anno 2023 si è avuto un incremento delle consegne in dimissioni ai pazienti dalle UU.OO. dei PP.OO. di circa il 9% come da tabella allegata

| Nr. Dimissioni agosto –dicembre 2022 | Nr. Dimissioni agosto-Dicembre 2022 con farmaci |
|---|---|
| 11.760 | 1985 |

| Nr. Dimissioni Anno 2023 | Nr. Dimissioni anno 2023 con farmaci |
|---|---|
| 23.614 | 5193 |

*Tab. 65- Percentuale erogazioni in Dimissione*

*Controllo tipologia erogatore - Farmaci erogati in dimissione da ricovero File F*

| Azienda Erogatrice | Struttura Erogatrice | Tipologia Erogatore | Numero Dispensazioni | | Numero Confezioni | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2022 | 2023 | 2022 | 2023 |
| ASL AVELLINO | OSPEDALE ARIANO IRPINO | Struttura di ricovero | 47 | 95 | 164 | 275 |
| | ASL AVELLINO | ASL | 2 | 0 | 4 | 0 |
| ASL BENEVENTO | ASL BENEVENTO | ASL | 0 | 8 | 0 | 12 |
| ASL CASERTA | OSPEDALE SAN GIUSEPPE E MELORIO | Struttura di ricovero | 7 | 237 | 24 | 834 |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO 'SAN ROCCO' | Struttura di ricovero | 291 | 398 | 1.588 | 2.165 |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA | Struttura di ricovero | 1.050 | 1.890 | 5.298 | 7.264 |
| | ASL CASERTA | ASL | 123 | 25 | 1.194 | 55 |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO MADDALONI | Struttura di ricovero | 0 | 14 | 0 | 55 |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE | Struttura di ricovero | 223 | 328 | 227 | 612 |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO S.FELICE A CANCELLO | Struttura di ricovero | 2 | 7 | 3 | 29 |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE | Struttura di ricovero | 456 | 763 | 2.476 | 3.374 |

*Tab. 66-Report Soresa dal tracciato del File F che attesta l'incremento da 2.029 dimessi con farmaci del 2022 a 3.637 nel 2023.*

Occorre rilevare che non tutti i dimessi hanno avuto la necessità di una terapia a domicilio.

*Dispensazione Farmaci rispetto all'evento dimissione da ricovero registrato in file SDO*

| Azienda Erogatrice | Struttura Erogatrice | Numero dimessi da strutture di ricovero registrati nel file SDO (A) | | Numero di Trattati che hanno ricevuto un farmaco in dispensazione da ricovero connesso ad un evento di ricovero registrato nel file SDO (B) | | Percentuale (B/A) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2022 | 2023 | 2022 | 2023 | 2022 | 2023 |
| ASL AVELLINO | OSPEDALE ARIANO IRPINO | 3.642 | 4.374 | 39 | 88 | 1,1% | 2% |
| ASL CASERTA | OSPEDALE SAN GIUSEPPE E MELORIO | 403 | 747 | 7 | 208 | 1,7% | 27,8% |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO 'SAN ROCCO' | 2.681 | 2.739 | 272 | 377 | 10,1% | 14% |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA | 8.392 | 9.079 | 865 | 1.749 | 10,3% | 19,3% |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO MADDALONI | 584 | 1.859 | 0 | 11 | 0,0% | 1% |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE | 4.853 | 3.912 | 218 | 310 | 4,5% | 7,9% |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO S.FELICE A CANCELLO | 457 | 234 | 0 | 5 | 0% | 2% |
| | PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE | 3.112 | 2.936 | 431 | 659 | 13,8% | 22,4% |

*Tab. 67- Report Soresa dal tracciato del File SDO che attesta l'incremento della percentuale dei dimessi con farmaci dal 2022 al 2023.*

**Farmaci erogati in dimissione da ricovero File F** — Tab. A

| ModalEr | Struttura | | Num. Dispensazioni 2022 | Num. Dispensazioni 2023 | Num. Confezioni 2022 | Num. Confezioni 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D01 | 15000400 | P.O. S. Maria C.V. | 8 | 330 | 24 | 834 |
| D01 | 15001000 | P.O Sessa A. | 323 | 444 | 1.588 | 2.165 |
| D01 | 15001300 | P.O. Aversa | 1.152 | 1.977 | 5.298 | 7.264 |
| D01 | 15020300 | ASL Caserta | 126 | 25 | 1.194 | 55 |
| D01 | 15043700 | P.O. Maddaloni | - | 15 | | 55 |
| D01 | 15043800 | P.O. Marcianise | 225 | 331 | 227 | 612 |
| D01 | 15043900 | P.O. S. Felice | 2 | 7 | 3 | 29 |
| D01 | 15044000 | P.O. Piedimonte | 466 | 825 | 2.476 | 3.374 |
| | | Totali | 2.302 | 3.954 | 10.810 | 14.388 |

**Num. Dispensazioni:** sono conteggiate i singolo eventi di erogazione ne file F -D01 (conteggio di progressivoID)
**Num. Confezioni:** sono sommate le confezioni erogate

**Analisi dispensazione File F - SDO** - ricoveri desunti da tab B SORESA — Tab. B

| ModalEr | Struttura | | Num. Dimessi (A) 2022 | Num. Dimessi (A) 2023 | Num. Trattati (B) 2022 | Num. Trattati (B) 2023 | Percentuale 2022 | Percentuale 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D01 | 15000400 | P.O. S. Maria C.V. | 403 | 747 | 7 | 223 | 1,7% | 29,9% |
| D01 | 15001000 | P.O Sessa A. | 2.681 | 2.739 | 268 | 380 | 10,0% | 13,9% |
| D01 | 15001300 | P.O. Aversa | 8.392 | 9.079 | 912 | 1.728 | 10,9% | 19,0% |
| D01 | 15043700 | P.O. Maddaloni | 584 | 1.859 | | 12 | 0,0% | 0,6% |
| D01 | 15043800 | P.O. Marcianise | 4.853 | 3.912 | 220 | 316 | 4,5% | 8,1% |
| D01 | 15043900 | P.O. S. Felice | 457 | 234 | 2 | 6 | 0,4% | 2,6% |
| D01 | 15044000 | P.O. Piedimonte | 3.112 | 2.936 | 423 | 714 | 13,6% | 24,3% |
| | | Totali | 20.482 | 21.506 | 1.832 | 3.379 | 8,9% | 15,7% |

**Num. Dimessi:** conteggio delle dimissioni ospedaliere (fonte SDO). Il dato indicato è quello utilizzato nel rapporto Soresa
**Num. Trattati:** conteggio dei codici fiscali presenti nel flusso SDO collegati con il codice fiscale presente nel file F (non è considerata alcuna relazione data dimissione/data erogazione)

*Tab.68- Analisi dispensazione farmaci in dimissione da ricovero.*

Già dal 2023 e nel corso del 2024 si è provveduto da subito a stimolare i direttori delle macrostrutture ad attivare e/o potenziare l'attività di distribuzione dei farmaci in dimissione, d'intesa con i servizi farmaceutici degli stessi presidi.
Nel 2024 tale attività è stata inserita tra gli obiettivi della performance.
Esiste però una criticità in quanto sia nel 2022 che nel 2023 non era attiva la possibilità di confrontare il dato dei dimessi che hanno ricevuto farmaci in dimissione con il reale numero dei pazienti dimessi per i quali veniva formulata una lettera di dimissione con prescrizioni di farmaci. Ciò comporta che la percentuale non è veritiera.
Da ottobre 2024 la Regione tramite SORESA ha attivato una procedura che obbliga i dirigenti ad inserire l'avvenuta erogazione di farmaci in dimissione nello specifico applicativo SDO utilizzando uno specifico flag.

EROGAZIONE FARMACI 1° CICLO IN DIMISSIONEAL 31/10/2024 E CONFRONTO CON ANNO 2023

| | 2023 Gen -dic | | | 2024 Gen -ott | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N. Dimissioni | N. Erogazioni | % 2023 | N. Dimissioni | N. Erogazioni | % 2024 |
| P.O. Anastasia Guerriero Marcianise | 249 | 15 | 6,0% | 293 | 50 | 17,1% |
| P.O. S. G. Moscati Aversa | 847 | 171 | 20,2% | 608 | 253 | 41,6% |
| P.O. Maddaloni | 14 | 0 | 0,0% | 57 | 44 | 77,2% |
| P.O. Piedimonte Matese | 263 | 60 | 22,8% | 270 | 88 | 32,6% |
| P.O. S. Giuseppe e Melorio Santa Maria C. V. | 85 | 10 | 11,8% | 85 | 28 | 32,9% |
| P.O. S. Rocco Sessa Aurunca | 197 | 1 | 0,5% | 226 | 130 | 57,5% |
| P.O. San Felice a Cancello | 11 | 0 | 0,0% | 13 | 8 | 61,5% |
| Totale ASL | 1666 | 257 | 15,4% | 1552 | 601 | 38,7% |

*Tab.69 -Erogazione farmaci per il 1° ciclo di dimissione al 31/10/2024*

| *Obiettivo* | *Indicatore (Efficienza e di risultato)* | *2024* | *2025* | *2026* |
|---|---|---|---|---|
| **Tem_68-Sviluppo del Piano di Comunicazione integrata** | Produzione di prodotti editoriali finalizzati a valorizzare eventi, investimenti, servizi e professionisti | 100% | 100% | 100% |
| **Tem_70-Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete.** | Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione | 100% | 100% | 100% |
| **Tem_71Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani"** | Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti | Almeno 4 | Almeno 6 | Almeno 10 |

*Tab. 70: La comunicazione sanitaria*

### *3.3.12 Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione*

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.
La coerenza tra obiettivi della Performance e Piano per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione collettiva e individuale
In tal senso si intendono integralmente recepiti gli obiettivi relativi all'anticorruzione previsti nella delibera aziendale n. 115 del 31/1/2022, di approvazione del Piano aziendale delle Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024, nel quale sono presenti tutti gli obiettivi e le azioni oggetto di valutazione per tutti i Dipartimenti e le Macro-Aree aziendali.

#### Schede delle misure di prevenzione della corruzione 2025-2027

| *Misura di prevenzione N.1: Codice di comportamento* | |
|---|---|
| *Denominazione misura* | Codice di comportamento |

| | | |
|---|---|---|
| ***Descrizione misura*** | Sensibilizzazione e Monitoraggio circa l'attuazione del Codice di Comportamento | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | Direttore Generale/Responsabile UOC Gestione Risorse Umane | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Adozione versione aggiornata del Codice di comportamento | Codice di comportamento | Controllabile dall'Amministrazione |
| Diffusione della cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Istituto | Comunicazione al personale | Controllabile dall'Amministrazione |
| Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Adozione versione aggiornata del Codice di comportamento | 31/01/2024 | |
| Diffusione della cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Istituto | 31/12/2025,26 e 27 | |
| Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento | 31/12/2025,26 e 27 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Codice di comportamento aggiornato | Si/No | 100% |
| Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento | Numero di segnalazioni sul mancato rispetto del codice di comportamento | 100% |

*Tab. 71: Misura di prevenzione N.1 – Codice di comportamento*

| | | |
|---|---|---|
| ***Misura di prevenzione N.2: Rotazione del personale*** | | |
| ***Denominazione misura*** | Rotazione del personale | |
| ***Descrizione misura*** | Applicazione del principio di rotazione | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | Direttore Generale | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Adozione "Linee guida per la rotazione del personale" | Linee guida per la rotazione del personale | Controllabile dall'Amministrazione |
| Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| Attività di sensibilizzazione su obbligo di comunicazione da parte dei dipendenti dell'eventuale avvio di procedimenti penali, a loro carico, per condotte di natura corruttiva | Comunicazione | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Adozione "Linee guida per la rotazione del personale" | 30/06/2024 | |
| Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione | 30/12/2025,2026 e 2027 | |
| Attività di sensibilizzazione su obbligo di comunicazione da parte dei dipendenti dell'eventuale avvio di procedimenti penali, a loro carico, per condotte di natura corruttiva | 30/06/2025 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Adozione "Linee guida per la rotazione del personale" | Si/No | 100% |
| Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione | Si/No | 30% annuo |

*Tab. 72: Misura di prevenzione N.2 – Rotazione del personale*

| | | |
|---|---|---|
| ***Misura di prevenzione N.3: Gestione del conflitto di interessi*** | | |
| ***Denominazione misura*** | Gestione del conflitto di interessi | |
| ***Descrizione misura*** | Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | RPCT | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Verifica a campione della presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate | Esito controlli su base campionaria | Controllabile dall'Amministrazione |
| Attività di sensibilizzazione in materia di conflitto di interessi | Comunicazione | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Verifica a campione | 30/11/2025,30/11/2026 e 2027 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Codice di comportamento aggiornato | Si/No | 100% |

| | | |
|---|---|---|
| Numero dei controlli | Numero dichiarazioni controllate/Numero dichiarazioni totali | 10% nel 2025;15% nel 2026 e 20% nel 2027 |

*Tab. 73: Misura di prevenzione N.3: Gestione del conflitto di interessi*

| ***Misura di prevenzione N.4: Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi*** | | |
|---|---|---|
| ***Denominazione misura*** | Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi | |
| ***Descrizione misura*** | Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | RPCT/Responsabile UOC Gestione Risorse Umane | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive ex art.74,75 DPR 445 del 2000 | Dichiarazione su specifica modulistica | Controllabile dall'Amministrazione |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive ex. Articolo 20 D.Lgs. 39/2013 | Tempestivamente, nel rispetto delle scadenze previste ex lege | |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | 30/11/2025,31/12/2026 e 2027 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive | Si/No | - |
| Verifica dell'effettiva attuazione della disciplina | Numero dichiarazioni sul totale dei dirigenti | 100% |

*Tab. 74: Misura di prevenzione N.4 - Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi*

| ***Misura di prevenzione N.5: Attività ed incarichi extra-istituzionali*** | | |
|---|---|---|
| ***Denominazione misura*** | Attività ed incarichi extra-istituzionali | |
| ***Descrizione misura*** | Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | Responsabile UOC Gestione Risorse Umane | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Verifica a campione della presenza della modulistica debitamente | Esito controlli su base campionaria | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Verifica a campione | 30/11/2025,30/11/2026 e 2027 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Numero dei controlli | Numero dichiarazioni controllate /numero dichiarazioni totali | 10% nel 2025;15% nel 2026 e 20 % nel 2027 |

*Tab. 75: Misura di prevenzione N.5: Attività ed incarichi extra-istituzionali*

| ***Misura di prevenzione N.6: Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito*** | | |
|---|---|---|
| ***Denominazione misura*** | Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito | |
| ***Descrizione misura*** | Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | RPCT | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti | Comunicazione al personale | Controllabile dall'Amministrazione |
| Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti | 30/06/2025 | |
| Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute | 30/11/2025,26 e 27 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti | Si/No | |
| Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute | Numero segnalazioni | 100% |

*Tab. 76: Misura di prevenzione N.6: Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito*

| Misura di prevenzione N.7: Formazione | | |
|---|---|---|
| **Denominazione misura** | Formazione | |
| **Descrizione misura** | Interventi formativi/informativi finalizzati alla promozione della cultura della legalità e per la prevenzione e gestione del rischio di corruzione | |
| **Tipologia Misura** | Generale | |
| **Responsabile dell'implementazione della misura** | RPCT / Servizio Formazione | |
| **Attività di riferimento** | | |
| **Descrizione attività** | **Output** | **Analisi del rischio** |
| Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione | Piano di formazione | Controllabile dall'Amministrazione |
| Sessioni di sensibilizzazione, informazione, formazione | Attività di sensibilizzazione, informazione, formazione fruita | Controllabile dall'Amministrazione |
| Monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione | Relazione | Controllabile dall'Amministrazione |
| **Termine implementazione della misura** | | |
| Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione dell'Istituto che preveda la formazione specialistica (in convenzione con SNA o altri Istituti di formazione) | 31/04/2025 | |
| Sessioni di sensibilizzazione, informazione, formazione | 30/11/2025 | |
| Monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione | 30/11/2025,26 e 27 | |
| **Indicatore** | | |
| **Denominazione** | **Formula** | **Target** |
| Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione | Si/No | |
| Attività di sensibilizzazione, formazione, informazione generale | Numero dipendenti coinvolti, numero totale dipendenti | 100% |
| Attività di formazione specialistica | Soggetti destinatari di formazione specialistica | Numero personale/Numero totale dipendenti |

*Tab. 77: Misura di prevenzione N.7: Formazione*

| Misura di prevenzione N.8: Obiettivi economici | | |
|---|---|---|
| **Denominazione misura** | Pagamenti fornitori | |
| **Descrizione misura** | Pagamenti fornitori in ordine strettamente cronologico | |
| **Tipologia Misura** | Generale | |
| **Responsabile dell'implementazione della misura** | Responsabile UOC Gestione Risorse Economiche e Bilancio | |
| **Attività di riferimento** | | |
| **Descrizione attività** | **Output** | **Analisi del rischio** |
| Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| **Termine implementazione della misura** | | |
| Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia | 30/06/2025-30/11/2026 | |
| **Indicatore** | | |
| **Denominazione** | **Formula** | **Target** |
| Numero di verifiche a campione | Numero pagamenti controllati/Numero pagamenti totali | 100% |

*Tab. 78: Misura di prevenzione N.8: Obiettivi economici*

| Misura di prevenzione N.9: Gestione del conflitto di interessi | | |
|---|---|---|
| **Denominazione misura** | Gestione del conflitto di interessi | |
| **Descrizione misura** | Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema | |
| **Tipologia Misura** | Specifica | |
| **Responsabile dell'implementazione della misura** | Responsabile UOC Gestione Risorse Umane/RPCT | |
| **Attività di riferimento** | | |
| **Descrizione attività** | **Output** | **Analisi del rischio** |
| Verifica dell'attuazione delle procedure interne | Esito controlli su base campionaria | Controllabile dall'Amministrazione |
| **Termine implementazione della misura** | | |
| Verifica a campione | 30/11/2025,31/12/2026 e 2027 | |
| **Indicatore** | | |
| **Denominazione** | **Formula** | **Target** |
| Numero dei controlli | Numero dichiarazioni controllate/Numero dichiarazioni totali | 30% |

*Tab. 79: Misura di prevenzione N.9: Gestione del conflitto di interessi*

| Misura di prevenzione N.10: Pantouflage |
|---|

| | | |
|---|---|---|
| ***Denominazione misura*** | Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage) | |
| ***Descrizione misura*** | Adozione disposizioni inerenti attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | Direttore generale/Responsabile UD Gestione e Valorizzazione delle Risorse Umane | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Inserimento Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2024 con specifica clausola inerente | Addendum contratti in essere | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2024 con specifica clausola inerente Pantouflage | 30/02/2025 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2024 con specifica clausola inerente Pantouflage | Si/No | 100% |

*Tab. 80: Misura di prevenzione N.10: Pantouflage*

| | | |
|---|---|---|
| ***Misura di prevenzione N.11: Misure di digitalizzazione*** | | |
| ***Denominazione misura*** | Digitalizzazione dei processi finalizzata alla semplificazione delle procedure. | |
| ***Descrizione misura*** | Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | Responsabile SI | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione | 30/10/2025 | |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | 30/12/2025,2026 e 2027 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione | Si/No | 30% dei processi mappati |
| Report di monitoraggio | Si/No | |

*Tab. 81: Misura di prevenzione N.11: Misure di digitalizzazione*

| | | |
|---|---|---|
| ***Misura di prevenzione N.12: Mappatura dei processi*** | | |
| ***Denominazione misura*** | Completamento mappatura dei processi inerenti le aree di rischio | |
| ***Descrizione misura*** | Completamento mappatura dei processi inerenti le aree di rischio | |
| ***Tipologia Misura*** | Generale | |
| ***Responsabile dell'implementazione della misura*** | RPCT | |
| ***Attività di riferimento*** | | |
| ***Descrizione attività*** | ***Output*** | ***Analisi del rischio*** |
| Mappatura dei processi interni all'Ufficio | Rappresentazione schematica dei processi individuati | Controllabile dall'Amministrazione |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| ***Termine implementazione della misura*** | | |
| Analisi e rappresentazione schematica dei processi interni agli Uffici | 30/1/2025 | |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | 30/11/2025,31/12/26 e 27 | |
| ***Indicatore*** | | |
| ***Denominazione*** | ***Formula*** | ***Target*** |
| Rappresentazione schematica dei processi individuati | Si/No | 90% |
| Report di monitoraggio | Si/No | 100% |

*Tab. 82: Misura di prevenzione N.12: Mappatura dei processi*

### *3.3.10.2 Ulteriori obiettivi schede*

| *Obiettivo strategico* | *Obiettivo operativo* | *Indicatore* | *Target 2025* | *Target 2026* | *Target 2027* | *Fonti e dati* | *Soggetti competenti* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prevenzione corruzione** | Gare sotto-soglia | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (Per valore economico) | Percentuale inferiore 10% | Percentuale inferiore 10% | Percentuale inferiore 5% | Adempimenti legge 190/2012 | Serv. Provveditorato ed economato<br>Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio<br>Serv. Ingegneria Clinica<br>Serv. Tecnologie Informatiche<br>Dir.dei Distretti e Dipartimenti Str.<br>Dir. Amm. PP.OO. |
| **Prevenzione corruzione** | Gare sotto-soglia | Acquisti di beni infungibili/Esclusivi/su l totale degli acquisti (per quantità e valore economico) | Percentuale inferiore 10% | Percentuale inferiore 10% | Percentuale inferiore 5% | Adempimenti legge 190/2012 | Serv. Provveditorato e economato<br>Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio<br>Serv. Ingegneria Clinica<br>Serv. Tecnologie informatiche<br>Dir.dei Distretti e Dipartimenti Str.<br>Dir. Amm. PP.OO. |
| **Prevenzione corruzione** | Gare sotto-soglia | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) | Percentuale inferiore 10% | Percentuale inferiore 8% | Percentuale inferiore 5% | Adempimenti legge 190/2012 | Serv. Provveditorato ed economato<br>Serv. Tecnico Manutentivo<br>Serv. Ingegneria Clinica<br>Serv. Tecnologie Informatiche<br>Serv. Patrimonio<br>Dir. Amm. PP.OO. |
| **Prevenzione corruzione** | Gare sotto-soglia | Percentuale di gare con un'unica offerta valida | Percentuale inferiore 40% | Percentuale inferiore 30% | Percentuale inferiore 25% | Adempimenti legge 190/2012 | Serv. Provveditorato ed economato<br>Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio<br>Serv. Ingegneria Clinica<br>Serv. Tecnologie informatiche<br>Dir.dei Distretti e Dipartimenti Str.<br>Dir. Amm. PP.OO. |
| **Prevenzione corruzione** | Gare sotto-soglia | N. di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa sul numero di acquisti totali | Percentuale superiore 90% | Percentuale superiore 90% | Percentuale superiore 95% | Adempimenti legge 190/2012 | Serv. Provveditorato ed economato<br>Serv. Tecnico Manutentivo<br>Serv. Ingegneria Clinica<br>Serv. Tecnologie informatiche<br>Serv. Patrimonio<br>Dir. Amm. PP.OO. |
| **Prevenzione corruzione** | Pagamenti/Liquidazione | N. di pagamenti effettuati in ritardo rispetto ai tempi contrattualmente previsti | Percentuale inferiore al 10% | Percentuale inferiore al 5% | Percentuale inferiore al 5 % | | Servizio Controllo Centri accreditati<br>Tutti i servizi aziendali |
| **Prevenzione corruzione** | Fatturazione | Percentuale di fatture registrate in contabilità non corrette | Percentuale inferiore 10% | Percentuale inferiore 8 % | Percentuale inferiore 5% | | Servizio Economico Finanziario |
| **Prevenzione corruzione** | Commissioni di Gara /Concorsi | N. di componenti di commissione esame. Presenti in oltre il 20% delle commissioni di gara e/o concorsi per l'anno in corso | Percentuale inferiore 20% | Percentuale inferiore 15% | Percentuale inferiore 10% | | Servizio Gestione Risorse Umane<br>Servizio Provveditorato |
| **Prevenzione corruzione** | Commissioni di Gara /Concorsi | Percentuali di Autocertificazione per conflitti di interesse/N. componenti commissioni | Percentuale 100% | Percentuale 100% | Percentuale 100% | | Servizio Gestione Risorse Umane<br>Servizio Provveditorato |
| **Prevenzione corruzione** | Liste di Attesa/ Attività Alpi | N. di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali | Percentuale inferiore 40% | Percentuale inferiore 40% | Percentuale inferiore 40% | | Servizio Gestione Risorse Umane<br>Servizio Cup e gestione liste attesa |
| **Prevenzione corruzione** | Verifica e controllo della gestione delle attività conseguenti al decesso in | Report su Controllo sistematico delle attività conseguenti al decesso al fine di uniformare i | 100% verifiche Reports su verifiche | 100% verifiche Reports su verifiche | 100% verifiche Reports su verifiche | Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2023 - | Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile |

| Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | Indicatore | Target 2025 | Target 2026 | Target 2027 | Fonti e dati | Soggetti competenti |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ambito intra ospedaliero | comportamenti degli operatori coinvolti | effettuate | effettuate | effettuate | 2025 Sito aziendale | |
| **Prevenzione della corruzione** | Verifica e controllo delle attività dei servizi esternalizzati di ristorazione, lavanolo ed igiene amb. Perché siano aderenti ai rispettivi capitolati | Controllo sul rispetto dei capitolati da parte delle aziende che forniscono i servizi alla ASL | 100% verifiche Reports su verifiche effettuate | 100% verifiche Reports su verifiche effettuate | 100% verifiche Reports su verifiche effettuate | Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2024 -26 Sito aziendale | Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile Coordinatori del Servizio Infermieristico |

*Tab. 83: Ulteriori obiettivi*

### 3.3.13 Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza

Stesura della mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, con individuazione delle strutture responsabili all'aggiornamento e successivo monitoraggio obblighi trasparenza.
Migrazione dati nel nuovo sito istituzionale e alimentazione e aggiornamento "area della trasparenza" del sito aziendale.
Relazione rendiconto di attuazione del Piano riferita all'anno e trasmissione alla Direzione.

#### Schede obiettivi Trasparenza

| Area strategica | Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | Indicatore | Target 2025-26-27 | Fonte dati | Soggetti competenti |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.Trasparenza** | Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013 | Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati | Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati | 100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza | Sito aziendale Responsabile Trasparenza<br>Documento di attestazione trasparenza OIV | Dirigenti delle UU.OO. |
| **2.Trasparenza** | Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini | Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale | Organizzazione della giornata della trasparenza | | Sito aziendale<br>Responsabile della Trasparenza | Dirigenti delle UU.OO. |

*Tab. 84: Schede di Trasparenza 1-2*

| Area Tematica | Obiettivo 2025-26-27 | Servizio competente | Tempi attuazione |
|---|---|---|---|
| **3- Monitoraggio per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **4-Sistemi per contare gli accessi alla sezione** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **5-Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **6-Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagineweb nell'ambito della sezione** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **7-Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **8-Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate per raccoglierne i giudizi** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **9-Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **10-Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **11-Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |
| **12-Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini** | 100% | UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Trimestrale |

*Tab. 85: Schede di Trasparenza 3-13*

Coerenza con le norme della Privacy (GDPR)

Il GDPR prevede che il Titolare del trattamento (nel caso specifico il Direttore Generale di questa Azienda) possa nominare quelli che vengono ora denominati "delegati al trattamento" e che lo stesso Titolare, o i delegati, possano individuare le "persone autorizzate al trattamento dei dati"; pertanto con specifici atti di Delega sono stati individuati quali "**delegati al trattamento**" in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Azienda in ordine ai profili di responsabilità, i Direttori delle Macrostrutture, i Direttori pro-tempore delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali.

### *3.3.14 Schede Obiettivi Privacy (1-7)*

| *Area Tematica* | *Obiettivo 2025* | *Servizio competente* | *Tempi di attuazione* |
|---|---|---|---|
| **1-Nomina Delegati al trattamento** | 100% | DG/ Ref.Privacy | Tempestivo |
| **2-Produrre informative per "Autorizzati al trattamento dati"** | 100% | Ref.Privacy | Tempestivo |
| **3-Individuazione "Autorizzati al trattamento dati "e consegna informative** | 100% | Tutti i delegati | Tempestivo |
| **4-Aggiornamento Linee Guida** | 100% | Ref.Privacy/DPO/DG | Tempestivo |
| **5-Aggiornamento DPIA** | 100% | Ref.Privacy/DG | Annuale |
| **6-Attivare formazione Privacy per I Delegati** | 100% | Serv. Formazione Ref.Privacy | Annuale |
| **7-Attivare formazione Privacy per autorizzati al trattamento dati** | 100% | Serv. Formazione | Annuale |

R=Risultato – E= Efficienza

*Tab. 86: Schede Privacy 1-7*

## *3.4 Obiettivi LEA. Sistema di garanzia*

**Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** è lo strumento che consente di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini delle ASL ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.
Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.
Il sistema di garanzia di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000 si configura come un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni, comprese le regioni a statuto speciale, e le Province autonome di Trento e Bolzano. Il sistema ha la finalità prioritaria di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle suddette amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare quali:

- *Efficienza ed appropriatezza organizzativa*;
- *Efficacia ed appropriatezza clinica*;
- *Sicurezza delle cure*.

Il sistema di garanzia di cui al già menzionato decreto si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che

riguardano più livelli di assistenza. Come previsto dall'art. 9, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 56/2000 l'insieme contiene gli indicatori in relazione ad attributi rilevanti, clinici e organizzativi, che caratterizzano i processi assistenziali, declinandoli secondo le dimensioni di cui all'art. 1, comma 2, del presente decreto e considerando i bisogni di salute rilevati o stimati della popolazione. Per l'anno 2020 si è ritenuto sufficiente il monitoraggio di 22 indicatori, i quali sono definiti "*CORE*" (i restanti 66 indicatori vengono definiti "NO CORE", all'interno dei quali si trovano 10 indicatori dedicati ai PDTA). Per ciascun indicatore CORE è definita una funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcoli un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia dell'indicatore. La funzione di valorizzazione è elaborata per ciascun indicatore per esaltare o penalizzare alcuni intervalli di valori assunti dall'indicatore e per definire una zona di valori obiettivo a cui attribuire il punteggio massimo. In ogni caso, il fine principale dell'utilizzo delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori, essendo tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza.
Il punteggio complessivo dell'area di assistenza è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori *CORE* dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è espresso in un punteggio compreso tra 0 e 100.

| *Indicatore* | *Risultato 2021* | *Risultato 2022* | *Risultato 2023* | *Risultato 2024* | *Obiettivo 2025* |
|---|---|---|---|---|---|
| **H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti)** | 74,94 | 89 | 112,92 | 104,49 | <160 |
| **H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui** | 27,7% | 51% | 72,15% | (99,58%)197 | >70% |
| **H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario** | 0,09 | 0,09 | 0,07 | 0.07 | <0,18 |
| **H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni** | 83,52 | 85% | 88,32% | 95.48% | >70% |
| **H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.** | 73,94 | 72% | 83,36% | 73.16% | >60% |
| **H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno** | 34,69 | 36% | 29,87% | 16.99% | <20% |
| **H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno** | 33,9 | 31% | 32,82% | 20,76% | <25% |

*Tab. 87: Tabella Punteggio LEA 2021-2022-2023-2024 e obiettivi 2025 LEA Area Ospedaliera*

| *Indicatore* | *Risultato 2021* | *Risultato 2022* | *Risultato 2023* | *Risultato 2024* | *Obiettivo 2025* |
|---|---|---|---|---|---|
| **D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco** | 114 | 161,3 | 112,92 | 125,47 | <373 |
| **D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite** | 14 | 18 | 21,32 | 30,92 | <81,71 |
| **D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso** | 26,0 min. | 23,2 Minuti | 20,93 Minuti | 20,93 | <21 Minuti |
| **D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.** | 75 % | 80 % | 80,26% | 63,2 % | >60% |
| **D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici** | 5.196 | 5.196 | 5.900 | 6.118 | <5972,16 |
| **D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1** | 71,43 | 3,56 | 2,6 | 5,67 | 3,91 |
| **D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2** | 94 | 2,75 | 1,9 | 3,57 | 5,02 |
| **D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)** | 5,18 | 2,06 | 1,5 | 2,53 | 2,66 |
| **D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche** | 6,6 | 4,36% | 7,93% | 5,36% | <6,9% |
| **D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di** | 10% | 6% | >35 | ND | >35 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **tumore** | | | | | |
| **D33Z - Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).** | 0,8% | 1,2% | >24,6 | ND | >24,6 |

*Tab. 88: Punteggio LEA 2021-2022-2023-2024 e obiettivo 2025 Area Distrettuale*

| *Indicatore* | *Risultato 2021* | *Risultato 2022* | *Risultato 2023* | *Risultato 2024* | *Obiettivo 2025* |
|---|---|---|---|---|---|
| **P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)** | 94,54 | 95,60% | 95,62% | 96,73 % | >95% |
| **P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)** | 93,99 | 95,34% | 95,90% | 97,04 % | >95% |
| **P10Z - Copertura 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** | 100 | 100% | 100% | 99,07 % | >70% |
| **P12Z - Copertura 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** | 100 | 100% | 97% | 100,0 % | >80% |
| **P14C - Indicatore composito sugli stili di vita** | 0 | | <40 | <40 | <40 |
| **P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato mammella** | 19,39 | 36,62% | >60 | >66 | >60 |
| **P15C a - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina** | 10,93 | 34,36 % | 29,86% | 30,21 % | >25% |
| **P15C b - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto** | 4,55 | 27,74% | 23,42% | 27,93 % | >25% |
| **P15C c - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella** | | 28,36% | 38,16% | 43,25 % | >35% |

*Tab. 89: Punteggio LEA 2021-2022-2023-2024 e obiettivo 2025 Area della Prevenzione*

| *ID* | *Indicatore* | *Significato* | *Indicatore* |
|---|---|---|---|
| **P09Z** | Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica | Valutazione complessiva del livello basilare di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico | BRUCELLOSI ANIMALI (BOVINI-BUFALINI-OVICAPRINI) Numero totale aziende controllate/numero di aziende controllabili |
| | | | TUBERCOLOSI ANIMALI (BOVINI-BUFALINI) Numero totale aziende controllate/numero di aziende controllabili |
| | | | TEST BSE SU BOVINI E BUFALINI MORTI<br>% Test su numero animali morti |
| | | | TEST TSE SU OVINI E CAPRINI MORTI<br>% Test su numero animali morti |
| | | | PIANO SORVEGLIANZA SALMONELLOSI NEGLI ANIMALI<br>Gruppi animali sottoposti a campionamento Salmonella rispetto al numero di gruppi di animali da campionare |
| **P10Z** | Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentari per il cittadino. | Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminati negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino attraverso: a) la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento;<br>b) il controllo sulla commercializzazione e l'uso del farmaco veterinario; | ANAGRAFI ANIMALI *<br>Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende bovine e bufaline controllate in anagrafe rispetto ai 3% previsto dal Reg. 2022/160 (che abroga il Reg. 1082/2003) |
| | | | ANAGRAFI ANIMALI *<br>Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende ovicaprine controllate in anagrafe rispetto al 3% previsto dal Reg. 2022/160 (che abroga il Reg. 1505/2006) |
| | | | ANAGRAFI ANIMALI *<br>Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute |

| ID | Indicatore | Significato | Indicatore |
|---|---|---|---|
| | | c) il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali. | umana e veterinaria: percentuale di capi ovicaprina controllati in anagrafe rispetto al 5% previsto |
| | | | ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende suine controllate in anagrafe rispetto al 1% previsto dal DIgs 200/2010 |
| | | | ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delie aziende apiari controllate in anagrafe rispetto ai 1% previsto dal DM 11 agosto 2014 |
| | | | Esecuzione del piano nazionale alimentazione animale |
| | | | Controlli di farmacosorveglianza veterinaria |

*Tab. 90: Dettaglio obiettivi Area Veterinaria*

## 3.5 Ulteriori obiettivi Area dell'Assistenza Ospedaliera

### Orientamenti/Trend di riferimento per l'anno budget (2024-2026) - Ob_Att_PO_2024-2026

**Indicatori**

**Istituti Pubblici**

| Indicatore | | Anno 2021 | 2022 | 2023 | 2024 (gen-dic) | Proiezione: variazioni 2024 2022 | 2023 | Proiez. Annuale macro ind. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7.1 | Asma pediatrica (n. casi) | 2 | 1 | | 2 | 100% | | 1600,00% |
| | Gastroenterite pediatrica (n. casi) | 1 | 3 | 1 | 15 | 400% | 1400% | |
| 7.2 | BPCO (n. casi) | 6 | 17 | 14 | 12 | -29% | -14% | -4,65% |
| | Diabete - Compl. a breve termine (n. casi) | 11 | 5 | 4 | 8 | 60% | 100% | |
| | Diabete - Complic. a lungo termine (n. casi) | 1 | 2 | | 3 | 50% | | |
| | Scompenso cardiaco (n. casi) | 52 | 27 | 25 | 18 | -33% | -28% | |
| 15.2 | DH Diagnostico (n. casi) | 70 | 12 | 25 | 10 | -17% | -60% | -60,00% |
| 15.3 | DH Medico (n. accessi) | 5244 | 5077 | 5595 | 5384 | 6% | -4% | -3,77% |
| 15.9 | Ricoveri Ordinari (n. casi) | 16912 | 17030 | 17979 | 18681 | 10% | 4% | |
| | Ricoveri Day Hospital (n. casi) | 6084 | 6955 | 7408 | 6787 | -2% | -8% | |
| | Rapporto DH/Totale ricoveri | 26,46 | 29,00 | 29,18 | 26,65 | | | |
| | Rapporto DH diagnostici/Totale Day Hospital | 1,15 | 0,17 | 0,34 | 0,15 | 2022 Vs 2024 | 2023 Vs 2024 | Risultato |
| 15.4 | DRG Chirurgico (% DRG Chirurgici/Totale DRG (ricoveri Ordinari) - rif. >= 42% | 36,9% | 36,3% | 37,6% | 40,7% | ▲ | ▲ | ✗ |
| 15.5 | DRG Medico in Reparto Chirurgico - DRG Medici/N. dimessi rep. Chirurgici - rif <25% | 16,4% | 16,0% | 12,7% | 11,8% | ▼ | ▼ | ✓ |
| 15.6 | Degenza Oltre soglia - Num. Dimessi Ric. Ordinari età >= 65 anni con gg. di degenza oltre soglia (<=5%) | 3,3% | 3,3% | 3,8% | 3,4% | ▲ | ▼ | ✓ |
| 15.7 | Degenza preoperatoria - Num. GG. Degenza prec. l'intervento chirurgico/num. dimessi sottoposti a int. Chirurgico- ricoveri reg. ordinario programmati (rif. 1,4gg.) | 0,47 | 0,49 | 0,36 | 0,27 | ▼ | ▼ | ✓ |
| 16 | LEA (DRG alto rischio inappr. / DRG non a rischio) - rif. <= 0,21 | 0,13 | 0,13 | 0,11 | 0,09 | ▼ | ▼ | ✓ |
| 17 | % Cesarei Primari - H17C < 1000parti ( N. casi TC senza TC pregresso / N. casi parto senza TC pregresso) - rif. <= 20% | 22,74% | 23,69% | 19,14% | 16,99% | ▼ | ▼ | ✓ |
| 18 | % Fratture collo femore (ind. Interv.Fr. Collo femore entro 48ore/ tot. Fr. Collo femore) - rif. >=60% | 80,62% | 77,32% | 82,92% | 73,16% | ▼ | ▼ | ✓ |
| 19 | % ricoveri con deg. post operatoria < 3gg. Per interv. di colecistectomia laparoscopica (>=70%) | 83,74% | 83,68% | 91,16% | 92,99% | ▲ | ▲ | ✓ |
| CS01 | % Ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni di tipo medico | 3,21% | 0,53% | 1,10% | 0,64% | ▲ | ▼ | |
| CS02 | % Ricoveri ordinari brevi (0-2 gg) di tipo medico sul totale dei ricoveri ordinari medici | 26,86% | 29,44% | 31,01% | 31,78% | ▲ | ▲ | |
| CS03 | % dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia | 26,87% | 5,80% | 13,16% | 5,60% | ▼ | ▼ | |
| CS04 | Numero di interventi chirurgici per per tumore mammella | 125 | 101 | 185 | 210 | ▲ | ▲ | |

*Fig. 109 : Indicatori PPOO Istituti Pubblici Gennaio -Nov 2024*

| Indicatori di risultato | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Ob 2022 | Peso | Ris. 2022 | Ris 2023 | Ris 2024 | Ob 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1-Ricoveri ordinari** | 8.844 | 7.937 | 5.646 | 6.211 | 16.919 | 2 | 16.919 | 18.068 | 18.681 | >2% 2024 |
| **2-Giornate di degenza** | 53.051 | 48.131 | 39.249 | 40.384 | 113.656 | 2 | 113.656 | 119.080 | 119.125 | >3% 2024 |
| **3-Degenza media** | 5,91 | 5,97 | 6,80 | 6,42 | 6,72 | 4 | 6,72 | 6,59 | 6,38 | < 6,1 |

| Indicatori di risultato | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Ob 2022 | Peso | Ris. 2022 | Ris 2023 | Ris 2024 | Ob 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5-Peso medio ricoveri ordinari | 1,03 | 1 | 1,1 | 1,18 | 1,09 | 4 | 1,09 | 1.18 | 1,09 | 1,20 |
| 6-Indice di occupazione media | 79,08 | 77,65 | 71,10 | 69,82 | 55,72% | 4 | 55,72 | 71.64% | 74.11% | >70% |
| 7-Ricoveri in day hospital | 2.055 | 1.777 | 1.261 | 2.557 | 6.762 | 4 | 6.762 | 7.436 | 6.787 | < 2 % '24 |
| 9-Ricoveri per Asma Pediatrica e gastroenterite Pediatrica | 0 | 1 | 0 | 2 | 4 | 3 | 1 | 0 | 17 | 0 |
| 11-Ricoveri per BPCO | 2 | 2 | 4 | 6 | 17 | 3 | 17 | 14 | 12 | 0 |
| 12-Ricoveri per Diabete | 22 | 21 | 18 | 12 | 7 | 3 | 7 | 5 | 11 | 0 |
| 13-Ricoveri per scompenso | 95 | 75 | 53 | 52 | 27 | 4 | 27 | 26 | 18 | 0 |
| 14-DH Diagnostici | 344 | 65 | 72 | 70 | 12 | 3 | 12 | 25 | 10 | 0 |
| 15-DH Medici (accessi) | 10.362 | 9493 | 5073 | 5244 | 5.077 | 2 | 5.077 | 5759 | 5.384 | = 2024 |
| 16-Chiusura SDO in 72h | | | | | >80 % | 8 | | 61,32% | 67,77% | >80% |
| 17-Degenza pre-operatoria | 0,61 | 0,47 | 0,46 | 0,47 | 0,49 | 3 | 0,49 | 0,36 | 0,27 | = 2024 |
| 18-% Parti cesarei primari | 27,48% | 26,83% | 30,20% | 22,74% | 23,69% | 10 | 23,69% | 19,26% | 16,99% | <20% |
| 20-% Ricoveri chirurgici | 35,3% | 28,7% | 22,4% | 16,4% | >10% | 5 | 36,3% | 37,9% | 40,74% | >2% '24 |
| 21-% Frattura femore >65 anni entro 48h | 63,50% | 74,67% | 74,88% | 80,62% | 77,32% | 5 | 77,32% | 82,92% | 73,16% | >75% |
| 22-Governo delle liste di attesa dei ricoveri | | | | | 100% | 5 | 100% | 100% | 82% | >80 % |
| 23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | | | | | >90% | 5 | 90% | 88% | 98,9% | >95 % |
| 24-Corretti adempimenti del FSE | | | | | 96% | 2 | 96% | 100% | 96%% | >95% |
| 25-Adempimenti privacy | | | | | 90% | 5 | 90% | 100% | 100% | 100% |
| 26-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio | | | | | 100% | 3 | 90% | 100% | 100% | 100% |
| 27-Ad Prevenzione della corruzione | | | | | | | NV | 100% | 100% | 100% |
| 29-Attivazione/ Incremento week surgery | | | | | 100% | 5 | NV | 100% | 269 | >5% '24 |
| 31--Incrementare i PACC | | | | | +60% sul 2022 | 4 | 5% | 60% sul 2022 | 1211 | 20% sul 2024 |
| 32-Incremento attività radiologica esterna | | | | | >40% sul 2022 | 10 | 90% | >40% sul 2022 | 63.466 | >20% sul 2023 |
| 33-Monitoraggio Infezioni Ospedaliere | | | | | 100% | 3 | 95% | 100% | 100% | 100% |
| 35- Distribuzione farmaci in dimissione | | | | | | 5 | NV | >50% sul 2022 | 35,79 | >80% |

*Tab. 91: Dettaglio esiti valutazione obiettivi Presidi Ospedalieri per gli anni 2018-2024 e obiettivi 2025*

In conclusione, l'insieme degli obiettivi e degli indicatori sopra riportati devono garantire, partendo dalle *dimensioni di qualità dell'healthcare* di Maxwell:

- *Accessibilità*, ovvero la semplicità di accesso ai servizi sanitari;
- *Appropriatezza*, cioè la capacità del sistema (o della struttura) di erogare servizi in linea con le necessità concrete dell'individuo/paziente;
- *Equità*, cioè parità di trattamento a parità di esigenza;
- *Efficacia*, ovvero capacità del sistema di ottenere i risultati prefissi;
- *Efficienza*, cioè il maggior numero di prestazioni con le risorse esistenti o il raggiungimento dei risultati prefissi col minor dispendio di risorse.

# *4 Rischi Corruttivi e Trasparenza – Piano Triennale Prevenzione della Corruzione*

La legge n.190 del 6 novembre 2012, e ss.mm. ii, recante disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, prevede un piano triennale di prevenzione della corruzione che indichi interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione. Il PTPC costituisce il secondo livello, "decentrato" del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione delineato dalla legge suddetta, da adottarsi sulla base delle linee di indirizzo del Piano nazionale anticorruzione (PNA) (Del.n.7 del 17.1.2023). Il decreto del Dipartimento Funzione pubblica del 30 giugno 2022, n.132 è intervenuto in materia stabilendo che il piano triennale di prevenzione della corruzione è parte integrante del PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione. Pertanto, dovrà essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno, pubblicato sul sito istituzionale e inviato al Dipartimento della funzione pubblica per la pubblicazione sul portale dedicato.

Coerentemente con le indicazioni normative, il processo di definizione del piano si articola nelle seguenti fasi:

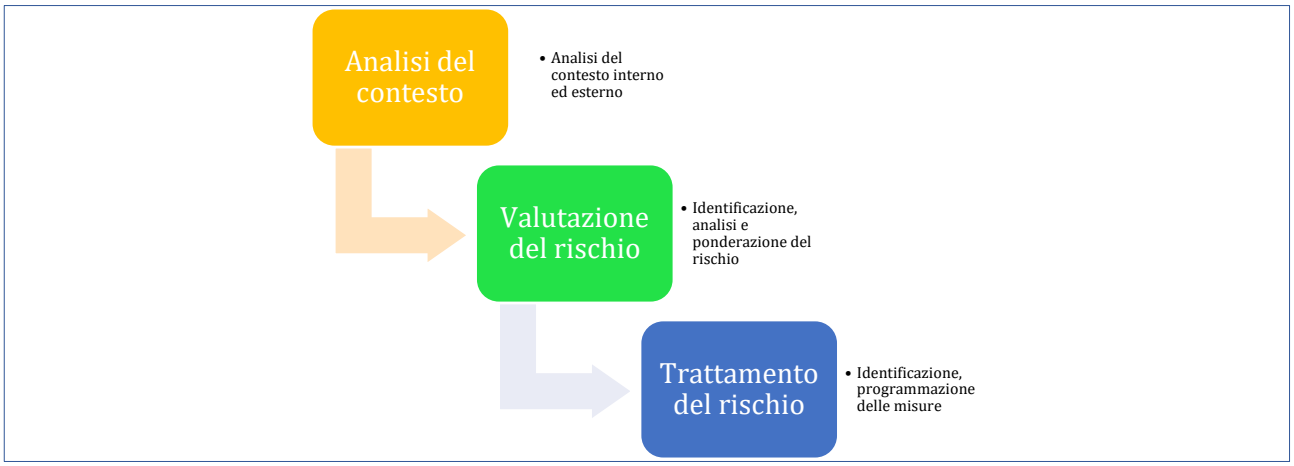



*Fig. 105: Processo di definizione piano triennale prevenzione della corruzione*

**I SOGGETTI RESPONSABILI**

Tutti gli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta hanno un personale livello di responsabilità circa l'attuazione del Piano di prevenzione del rischio di corruzione, in relazione ai compiti effettivamente svolti.

Di seguito si indicano i soggetti responsabili dell'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione.

a) **La Direzione Generale** si avvale del supporto del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e mantiene con quest'ultimo un dialogo costruttivo finalizzato alla definizione di misure attuali ed effettive per prevenire i fenomeni interni di *maladministration.* Quale organo di indirizzo politico:

- Definisce gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,
- Designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- Adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti,

- Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione,
- Può chiedere al RPCT di riferire sull'attività.

b) **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)** è il soggetto preposto a collaborare con la direzione strategica e con tutti i soggetti dell'organizzazione affinché il complesso delle azioni e delle attività amministrative siano basate sul principio di legalità; l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione dell'Ente nonché della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione.

Le attività svolte dal RPCT ed i poteri ad esse connessi, si riferiscono in particolare:

- Alla vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza;
- Ai compiti ai sensi della disciplina sul Whistleblowing;
- Alle attribuzioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- Ai compiti e poteri in materia di Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) e di contrasto al riciclaggio

*In materia di misure di prevenzione della corruzione*

Spetta al RPCT presentare all'organo di indirizzo, per la necessaria approvazione, una proposta della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO che sia "idonea", ossia studiata per essere efficace per lo specifico ente in cui deve essere attuata.

A ciò si deve aggiungere l'obbligo:

- Di vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO
- Di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Di indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

I risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nella sezione apposita del PIAO, sono resi noti dal RPCT in una Relazione annuale da pubblicare sul sito istituzionale dell'amministrazione.

*In materia di trasparenza*

Nel predisporre la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, il RPCT deve occuparsi anche:

- Della programmazione delle attività necessarie a garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza, elaborando una apposita sezione, con la quale organizzare i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati nonché il sistema di monitoraggio sull'attuazione degli stessi
- Dell'attività di monitoraggio sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, assicurando anche che sia rispettata la "qualità" dei dati.

A ciò consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, all'organo di indirizzo politico, ad ANAC o all'UPD.

Il RPCT è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice".

Con riferimento all'accesso civico generalizzato, il RPCT riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta.

*In materia di Whistleblowing*

Il RPCT svolge un ruolo di primo piano anche nella gestione delle segnalazioni in materia di Whistleblowing.

*In materia di imparzialità soggettiva del funzionario*

Il RPCT ha compiti di vigilanza anche sul rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. Un ruolo chiave è svolto sicuramente dal RPCT anche in materia di Pantouflage, essendo chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione di predetta misura.

Considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, l'Autorità, con Determinazione n.12/2015, con Deliberazione n. 22/2016 e in ultimo con il PNA 2023-2025, ritiene che vada assicurato al RPCT un adeguato supporto, attraverso la previsione di una struttura organizzativa idonea e proporzionata che consenta al RPCT di svolgere in modo completo ed effettivo le proprie funzioni.

Laddove possibile è opportuno che l'organo di indirizzo doti il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con personale congruo per numero e professionalità, risorse strumentali e finanziarie. La titolarità di tale ufficio va posta in capo al RPCT e non ad altro dirigente.

In ossequio a quanto previsto dall'Autorità, sia nelle citate Deliberazioni che nel PNA 2023-25, vengono individuati i **Referenti aziendali** con compiti di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza e chiamati a svolgere una costante attività informativa nei confronti del Responsabile.

**Sono individuati "Referenti" per la prevenzione della corruzione i** Direttori delle Strutture Complesse, dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti Sanitari, nonché i Direttori dei Dipartimenti e dei Servizi Centrali.

Ciascun referente, per l'attività di rispettiva competenza, è chiamato a collaborare con il RPCT, svolgendo un ruolo di raccordo fra il medesimo e le strutture dirette. Nello specifico provvede a:

- Collaborare con il RPCT nella predisposizione della mappatura dei processi della propria Struttura;
- Monitorare la gestione dei beni e delle risorse strumentali assegnati ai servizi, nonché vigilare sul loro corretto uso da parte del personale dipendente.
- Vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di Pantouflage di cui all'art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001
- Individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi.
- Invio di Report semestrali al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare.
- Segnalare al Responsabile i casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare.
- In materia di trasparenza, assicurare il rispetto degli obblighi e dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura.

**I Dirigenti aziendali** sono responsabili della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione/diffusione della cultura della legalità, per l'area di rispettiva competenza; i dirigenti sono coinvolti direttamente nel processo di gestione del rischio, attraverso sia la fattiva collaborazione alla progettazione delle azioni, sia la concreta attuazione ed il relativo controllo.

Si evidenzia che le norme assegnano ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione, la legge n.190/2012 si integra infatti, in senso organizzativo, con il d.lgs. 165/2001 e s.m.i., che, all'art. 16 prevede per i Dirigenti generali, il concorso alla definizione delle misure preventive ed al controllo del loro rispetto, nonché informazioni e proposte per le attività più a rischio.

La strategia di prevenzione e contrasto alla corruzione prevede quindi obbligatoriamente il coinvolgimento attivo di tutti i Dirigenti che sono tenuti a garantire:

- Collaborazione attiva e corresponsabilità nella progettazione delle misure di prevenzione del rischio,
- Promozione e adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione,
- Informazione sia nei confronti della propria struttura che del Responsabile,
- Attuazione e monitoraggio delle misure individuate per le attività di propria competenza.

**Tutti i dipendenti dell'amministrazione** sono tenuti ad osservare le prescrizioni contenute nella presente sezione anticorruzione e nel Codice di Comportamento generale ed aziendale, inoltre

- Partecipano al processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione;
- Segnalano casi di illecito e di (attuale o potenziale) conflitto di interessi, anche ai fini dell'attivazione dei meccanismi di cui all'art. 6 bis L.241/1990 (art. 6 e 7 D.P.R. 63/2013);
- Partecipano ai percorsi formativi attivati dall'Azienda.

**I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:** osservano le misure contenute nella presente Sezione e nel Codice di Comportamento e segnalano le situazioni di illecito.

**L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

- Verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla *performance*, che la sezione anticorruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale,
- Verifica che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza,
- Verifica i contenuti della relazione annuale sull'attività svolta, elaborata dal RPCT, in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza, allo scopo può chiedere al RPCT informazioni e documenti necessari al controllo e può effettuare audizioni di dipendenti,
- Riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di comportamento aziendale,
- Rilascia l'attestazione annuale sulla trasparenza, secondo le indicazioni e la griglia di rilevazione pubblicata annualmente sul sito dell'ANAC.

**L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) rispettivamente** del comparto e della dirigenza:

- Esamina le segnalazioni relative a violazioni dei Codici di comportamento aziendale e Disciplinare;
- Svolge i procedimenti disciplinari di competenza, segnalando tempestivamente al RPCT l'apertura di procedimenti riferiti ad ipotesi di eventi corruttivi, pur eventualmente sospesi per un processo penale pendente;
- Svolge attività di vigilanza e, in raccordo con il RPCT, di monitoraggio ex art. 15 del D.P.R. 62/2013 e provvede all'aggiornamento del Codice di comportamento.

**Responsabile dell'inserimento e aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti.** Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della

stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), di cui all'art. 33-Iter del DL 08.10.2012 n. 179; Il Direttore dell'UOC Provveditorato, dott.ssa Marisa Di Sano, è stata individuata RASA per l'ASL di Caserta.

**"Gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio.** Il PNA 2016 richiama il Decreto del Ministero dell'Interno del 25.09.2015 riferito alla determinazione degli indicatori di anomalia, per agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, da parte degli uffici della P.A., in merito alla previsione di adeguati meccanismi di coordinamento tra il soggetto individuato quale "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette ed il RPCT.

Con Deliberazione Aziendale n. 1072 del 13.06.2023 è stato nominato il Responsabile antiriciclaggio ex art. 10, co 4, D.Lgs.231/2007, dott.ssa Giovanna La Manna, Direttore ff del Servizio Gestione Economica Finanziaria dell'Azienda.




*Fig. 106: Attori del processo*

## *4.1 Analisi del contesto*

Come sottolineato nel PNA 2023-2025 l'analisi del contesto esterno ed interno rientra nelle attività necessarie per definire le misure di prevenzione della corruzione.
Il *contesto esterno* identifica l'ambiente nel quale l'Ente opera, con riferimento alle variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio che possano favorire il verificarsi di fenomeno corruttivi al proprio interno. Sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'Ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. Le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui l'Ente è sottoposto consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio;

Il *contesto interno* riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. Tale analisi è utile ad evidenziare da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Ente.

Per tutte le informazioni sul contesto interno si rinvia alla scheda di presentazione dell'Azienda.

**L'analisi di fenomeni di corruzione nell'ASL Caserta ne ha evidenziato negli anni diversi casi, di cui si segnalano i principali:**

- *Truffe a danno del SSR per erogazione di prestazioni diagnostiche false;*
- *Furto di ricette del SSR;*
- *Truffe per erogazione di prescrizioni farmaceutiche false in cui sono rimasti coinvolti medici di medicina generale, funzionari e farmacie convenzionate;*
- *Truffe a danno delle assicurazioni e del SSR per referti di Pronto Soccorso falsi;*

- *Truffe a danno sia dell'immagine dell'Azienda che danni contabili per falsificazione delle presenze in servizio;*
- *Corruzione in atti pubblici con danno economico da parte di dirigenti e funzionari della Salute Mentale;*
- *Truffe da parte di Istituti di Ricovero in accreditamento per falsificazione delle tipologie di ricovero (DRG);*
- *Truffe da parte di centri diagnostici in accreditamento per prestazioni false.*

### *4.1.1. Contesto esterno Azienda Sanitaria Locale Caserta*

Nella relazione inaugurale dell'anno giudiziario 2025 della Corte d'Appello di Napoli, i dati di Napoli e Provincia registrano un calo del 5,33 per cento, a Benevento un meno 8,2 per cento e sono "positivi" anche i risultati di Avellino e Caserta.

Come per l'anno 2023, anche per il 2024 le principali fenomenologie fraudolente, nell'ambito dei reati contro la Pubblica Amministrazione, risultano:

1. nel comparto "spesa pubblica nazionale e locale": turbativa d'asta, corruzione, falso e truffa a danno di enti pubblici in relazione ad irregolarità nella gestione di gare d'appalto; indebite percezioni di trattamenti pensionistici;

2. nel comparto "frodi comunitarie": abuso d'ufficio, falso e truffa per irregolarità nella percezione dei fondi in materia di politica agricola comunitaria; abuso d'ufficio, falso e truffa per irregolarità nella percezione di fondi strutturali (principalmente a valere sul FESR);

3. nel comparto "danni erariali", illecito utilizzo di somme di denaro non spettanti, in quanto percepite in assenza dei presupposti di legge.

Il quotidiano Sole 24 ore nella sua trentacinquesima edizione della Qualità della Vita (risultati pubblicati nelle pagine del quotidiano del 16 Dicembre 2024) fotografa il benessere delle provincie italiane con 90 indicatori.

La classifica è una media calcolata su 90 indicatori proveniente da fonti certificate (Istat, Banca d'Italia, Istituto Tagliacarne, Infocamere e molti altri), elaborati su base provinciale e rapportati alla popolazione residente, divisi in sei categorie: ricchezza e consumi; affari e lavoro; ambiente e servizi; demografia, salute e società; **giustizia e sicurezza;** cultura e tempo libero. L'obiettivo è rappresentare un concetto multifattoriale come quello della Qualità della vita indagandone i vari aspetti.

La classifica finale, complessiva di tutti gli indicatori, vede la provincia di Caserta al 101^ posto (su 107) con 461,33 punti in discesa di 3 posti rispetto al 2023.

In dettaglio le varie posizioni:

Per "Giustizia e sicurezza" al 75° posto in discesa di 1 posto rispetto al 2023
Per "Criminalità " al 45° posto

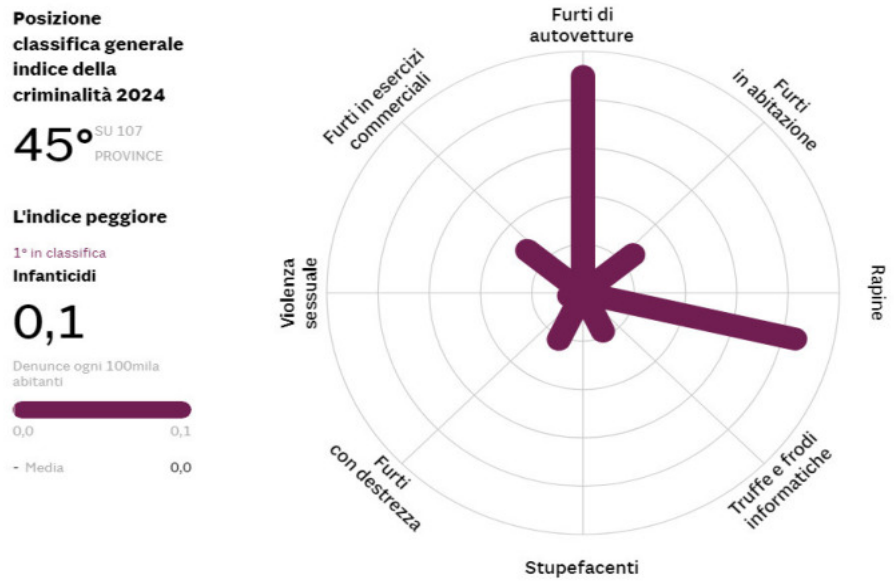
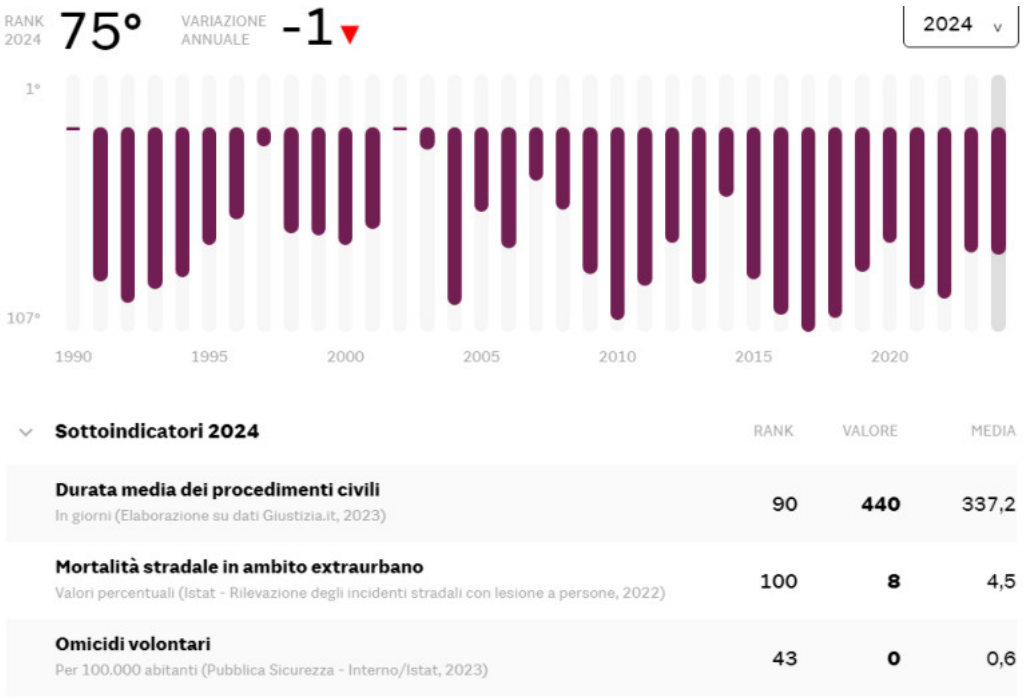



*Fig. 107: Indicatore Criminalità (Indagine sett.24 ore)*



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Omicidi volontari**<br>Per 100.000 abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 43 | **0** | 0,6 |
| **Altri delitti mortali denunciati**<br>Per 100.000 abitanti (Istat - Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - SDI (Sistema Di Indagine), 2022) | 81 | **4** | 3,4 |
| **Indice di rotazione delle cause**<br>Procedimenti definiti su nuovi iscritti (Elaborazione su dati Giustizia.it, 2023) | 1 | **1** | 1,1 |
| **Truffe e frodi informatiche**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (elab. Sole 24 Ore su dati Pubblica Sicurezza - ministero dell'Interno, 2023) | 23 | **415,0** | 491,5 |
| **Indice di criminalità - totale dei delitti denunciati**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 63 | **3.359** | 3.378,8 |
| **Furti con destrezza**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 43 | **57** | 124,1 |
| **Furti di autovetture**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (elab. su dati Pubblica sicurezza - Ministero dell'Interno, 2023) | 101 | **431,3** | 100,0 |
| **Furti con strappo**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 71 | **11,10** | 12,9 |
| **Rapine in pubblica via**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 93 | **29** | 17,2 |
| **Reati legati agli stupefacenti (spaccio, produzione, ecc.)**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 27 | **34** | 47,9 |
| **Riciclaggio e impiego di denaro**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 87 | **3,00** | 2,0 |
| **Incendi**<br>Denunce ogni 100mila abitanti (Pubblica Sicurezza - Interno/Istat, 2023) | 49 | **7,20** | 11,7 |
| **Indice di litigiosità**<br>Cause civili iscritte ogni 100mila abitanti (Elaborazione su dati Giustizia.it, 2023) | 86 | **3.958,1** | 3.325,9 |

*Fig. 108: Indicatori "Giustizia e sicurezza"*

L'analisi del contesto esterno è stata operata attraverso il Cruscotto Contesto elaborato dall'ANAC e raggiungibile attraverso il seguente link: *https://anac-c1.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20di%20contesto.bcps&screenId=8e785fea-9a24-45ed-b086-6c5cf0cd1518&showMenu=false*

L'analisi di contesto prende in considerazione diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici: *criminalità, istruzione, economia e territorio*.

**Indicatore composito dei compositi**

L'indicatore Composito dei compositi ha l'obiettivo di sintetizzare, in un unito indicatore, la complessità e la multidimensionalità della corruzione. Per tale motivo è calcolato utilizzando i seguenti domini: istruzione, criminalità, economia e territorio, capitale sociale. L'analisi del contesto esterno, infatti, si pone l'obiettivo di individuare le caratteristiche culturali, economiche, sociali del territorio nel quale l'amministrazione opera, tali da poter favorire, o viceversa ostacolare, il verificarsi di fenomeni corruttivi. Tale metodologia è alla base della misurazione del Benessere Equo e Sostenibile dell'ISTAT e di altri indicatori di misurazione di fenomeni complessi multidimensionali sia a livello nazionale che internazionale.

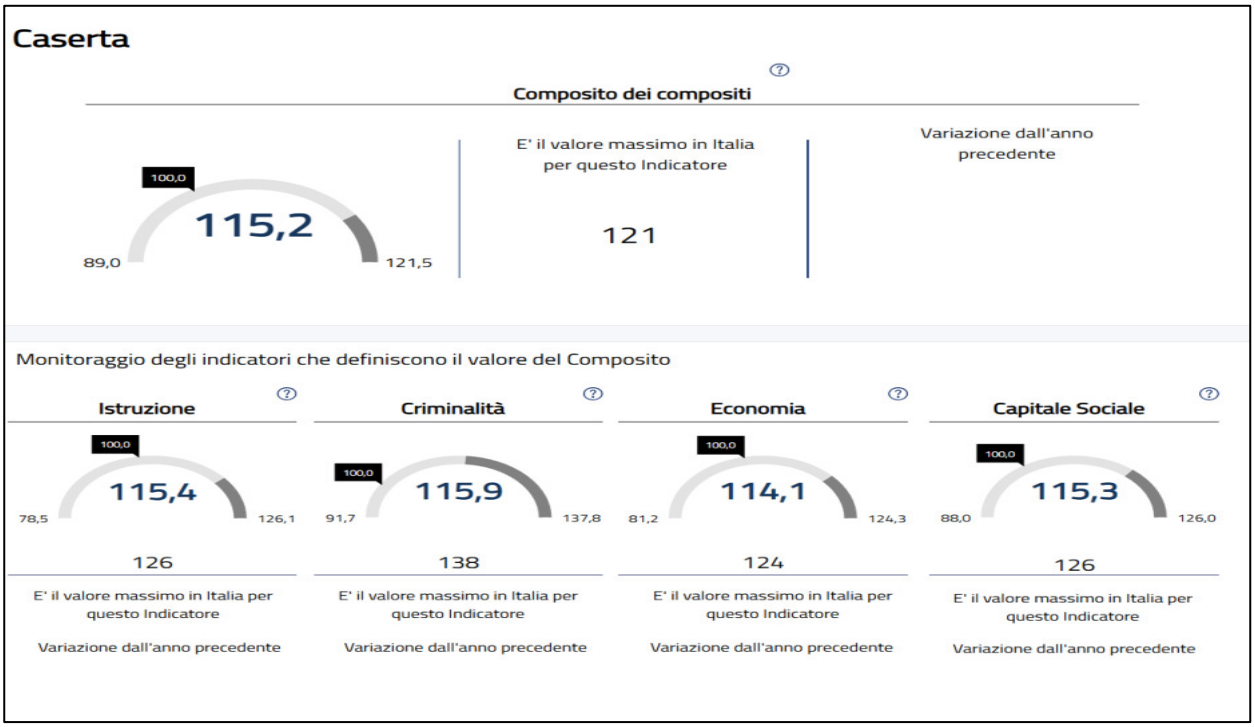
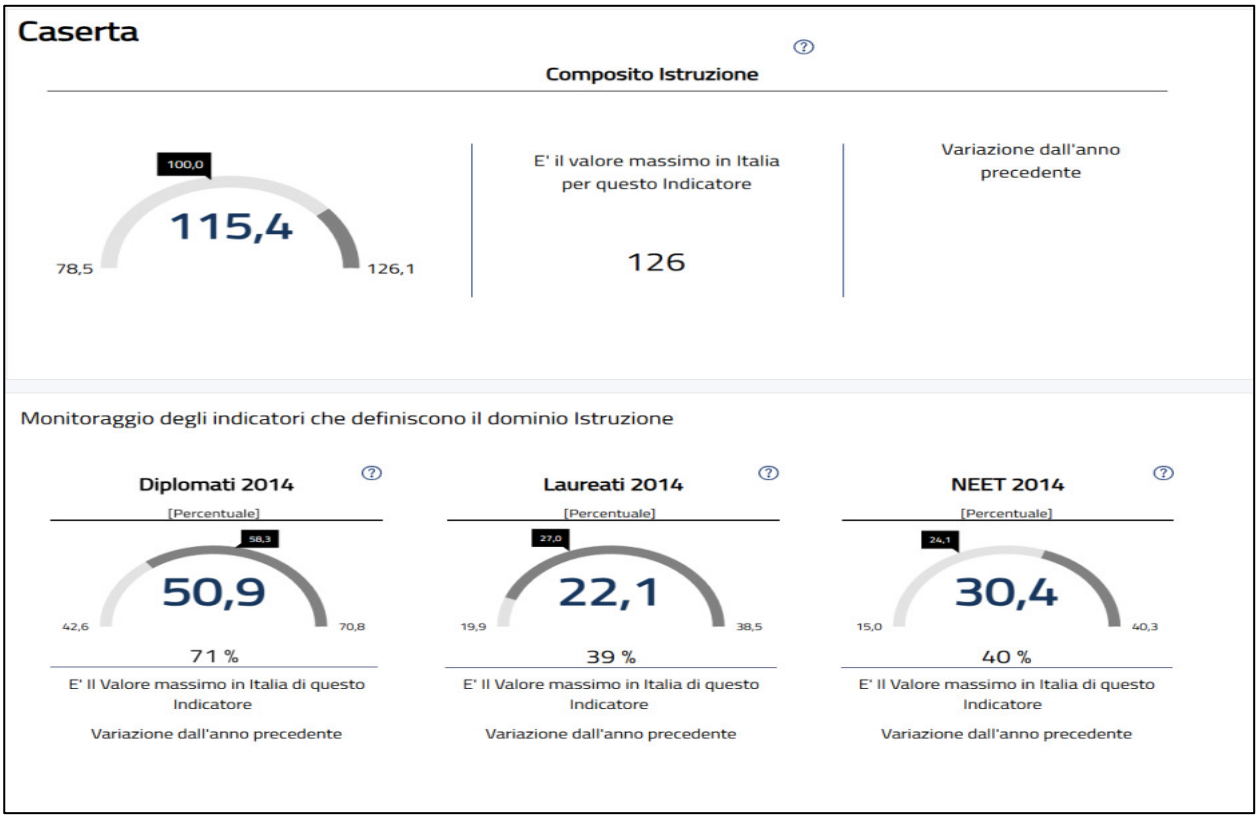



*Fig. 109 : Indicatore composito dei compositi (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)*

**Indicatori di criminalità**

La diffusione della corruzione può essere notevolmente influenzata dai livelli complessivi di criminalità, dall'efficacia del sistema giuridico nel contrastarla, dal grado di protezione che esso riconosce agli individui danneggiati dalle attività corruttive.

L'indicatore Reati di corruzione, concussione e peculato considera i delitti in cui la fattispecie giuridica contempla uno scambio tra un funzionario pubblico e un soggetto esterno (corruzione e concussione), o un abuso di potere per il profitto privato del funzionario (peculato); altri indicatori – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali; Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica; Altri reati contro la PA – includono delitti in cui lo scambio illecito e/o l'abuso di potere costituiscono un elemento esterno/fattuale che fa da contesto del reato. In questo caso la corruzione e/o l'abuso di potere non sono necessariamente oggetto di accertamento in sede processuale, ma possono rappresentare la ratio che sta dietro alla commissione di quei delitti e quindi segnalare fenomeni comportamentali corruttivi.



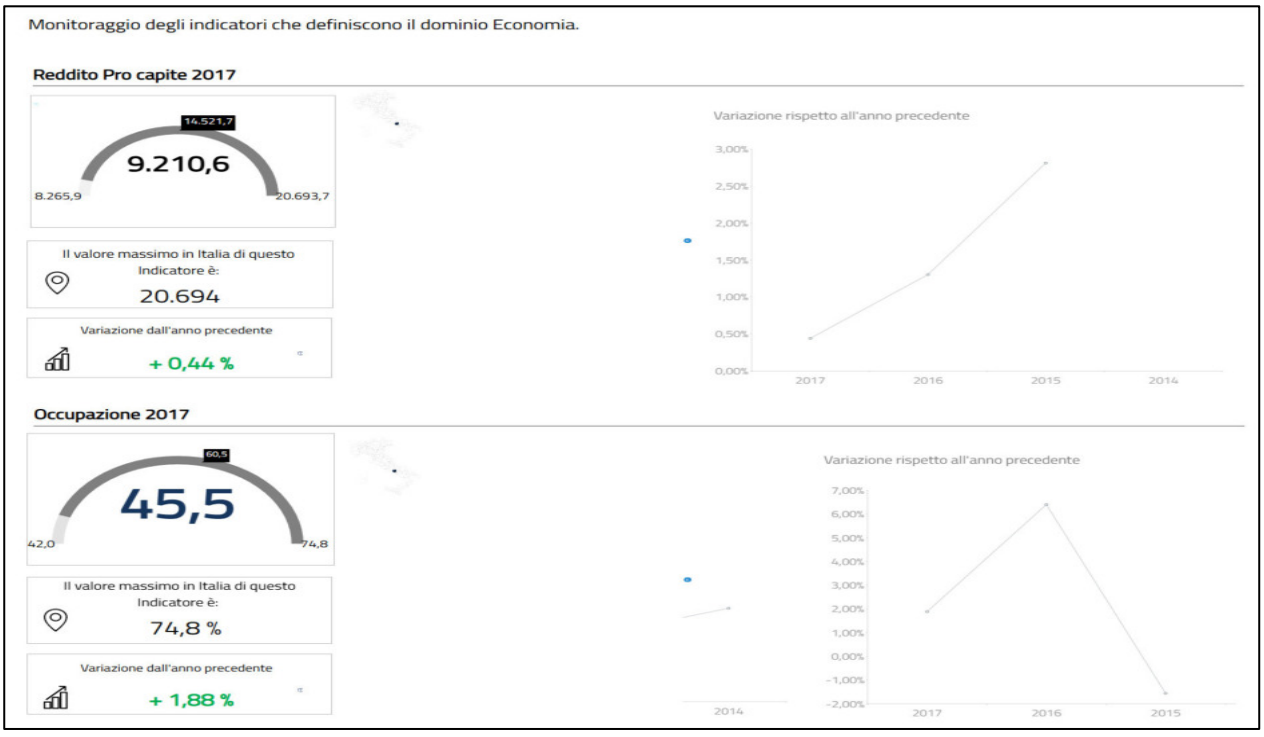



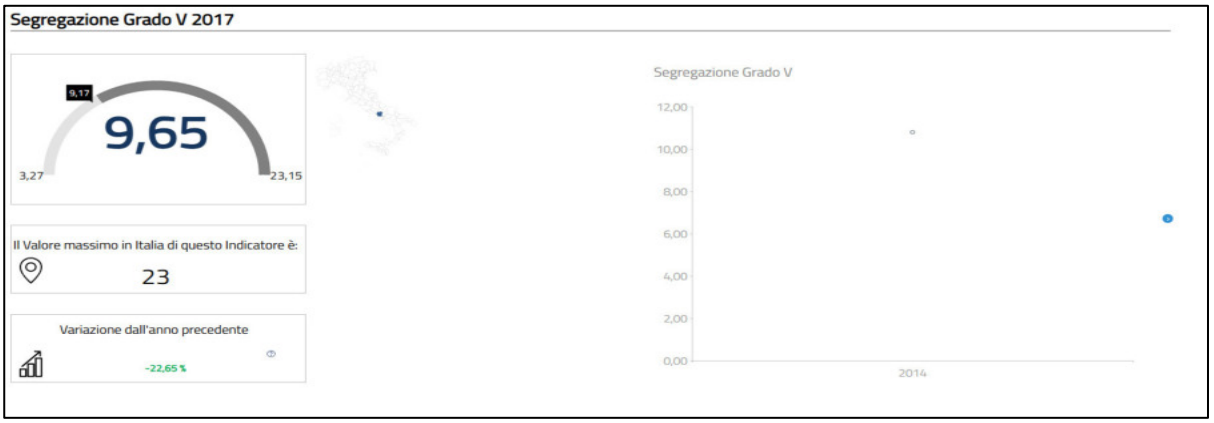

*Fig. 110 Dominio Economia Provincia Caserta Anno 2017*

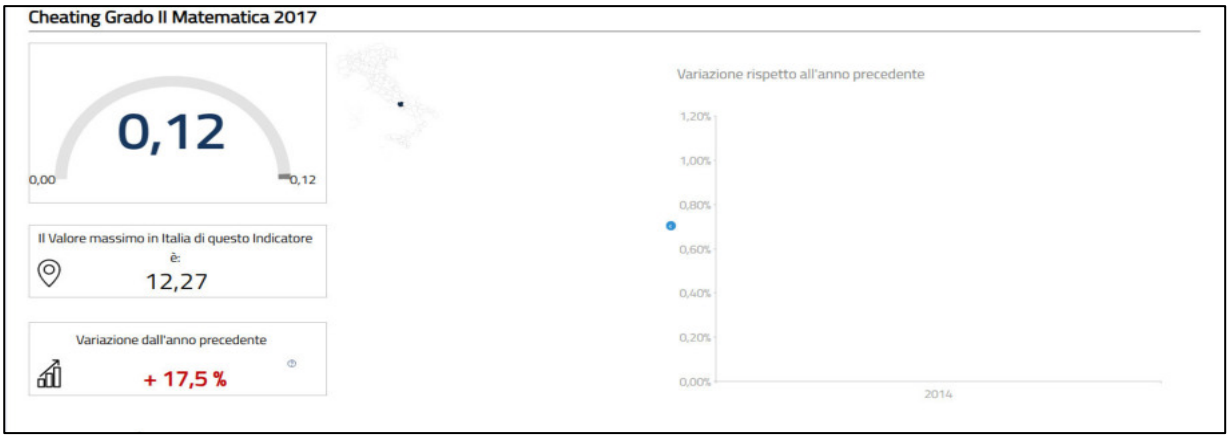


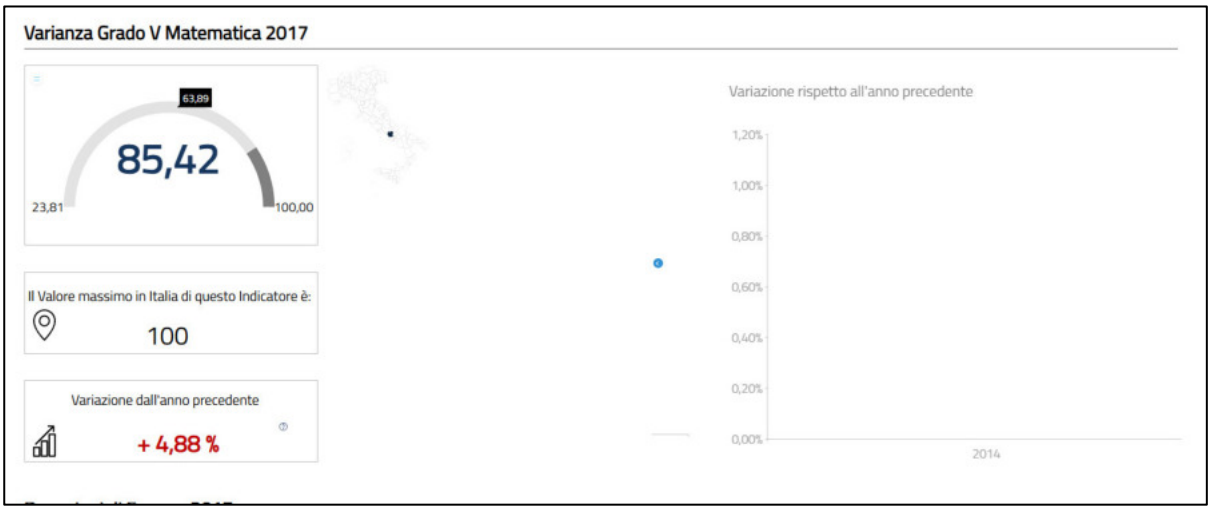

*Fig. 111 Dominio Criminalità Provincia Caserta Anno 2017*

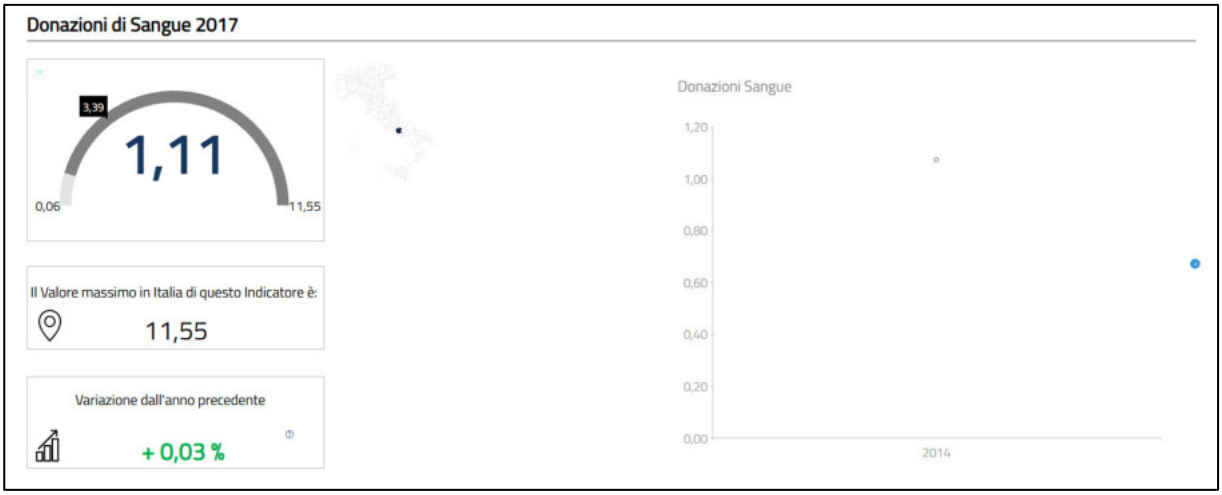



*Fig. 112 Dominio Capitale Sociale Provincia Caserta Anno 2017*


Segregazione Grado V 2017
9,17
9,65
3,27
23,15
Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
23
Variazione dall'anno precedente
-22,65 %
Segregazione Grado V
12,00
10,00
8,00
6,00
4,00
2,00
0,00
2014


Cheating Grado II Matematica 2017
0,12
0,00
0,12
Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
12,27
Variazione dall'anno precedente
+ 17,5 %
Variazione rispetto all'anno precedente
1,20%
1,00%
0,80%
0,60%
0,40%
0,20%
0,00%
2014


Varianza Grado V Matematica 2017
63,89
85,42
23,81
100,00
Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
100
Variazione dall'anno precedente
+ 4,88 %
Variazione rispetto all'anno precedente
1,20%
1,00%
0,80%
0,60%
0,40%
0,20%
0,00%
2014


Donazioni di Sangue 2017
3,39
1,11
0,06
11,55
Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
11,55
Variazione dall'anno precedente
+ 0,03 %
Donazioni Sangue
1,20
1,00
0,80
0,60
0,40
0,20
0,00
2014

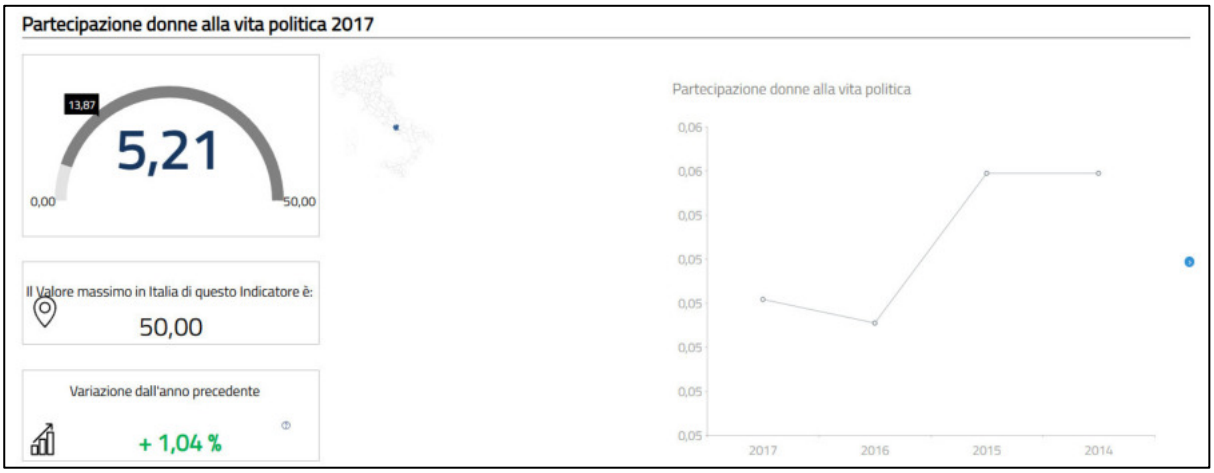
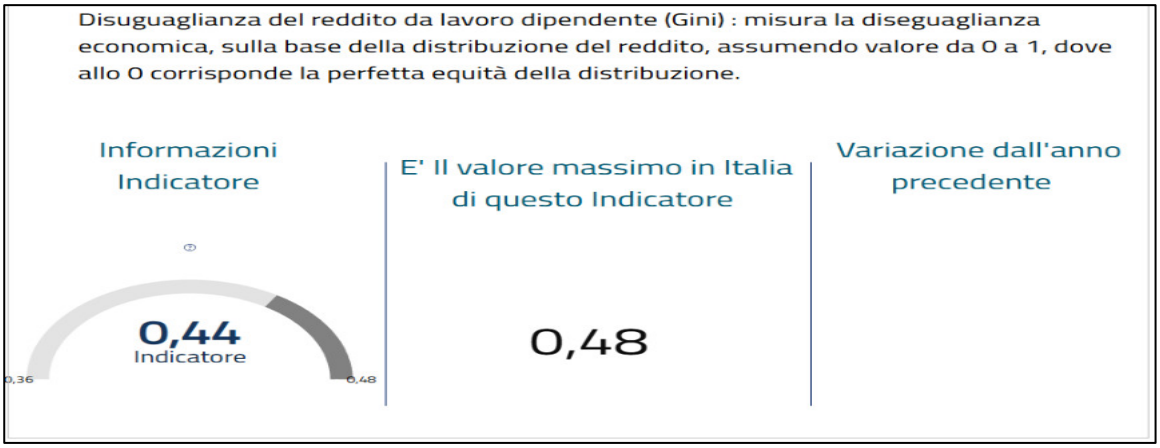


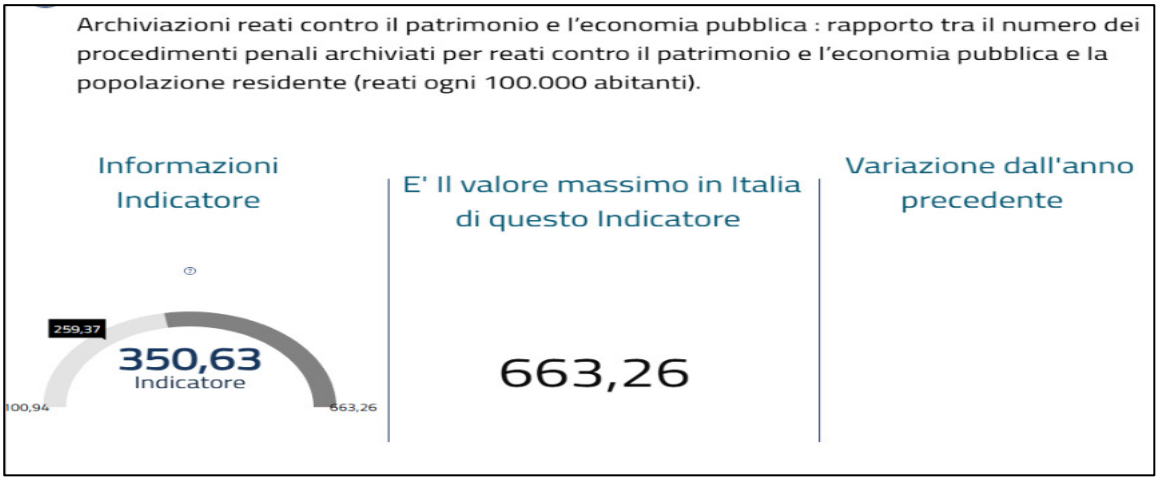

*Fig. 113 Altri Indicatori Provincia Caserta Anno 2023*















**Indicatori di istruzione**

Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione. Una possibile spiegazione è che gli individui con livelli di istruzione più elevati abbiano acquisito competenze e conoscenze che li rendono più consapevoli del valore delle libertà civili e meno tolleranti nei confronti della corruzione. Per le stesse ragioni, livelli più elevati di corruzione mediamente sono associati a livelli più bassi di capitale umano. A ciò si aggiunge che dove la corruzione è maggiore, l'emigrazione qualificata è significativamente più elevata, generando problemi di fuga di cervelli. Nel cruscotto sono analizzati il numero di diplomati, il numero di laureati e il numero di giovani (15-29 anni) che non hanno un'occupazione regolare e non seguono un percorso di studio (NEET – Not in Education, Employment or Training).

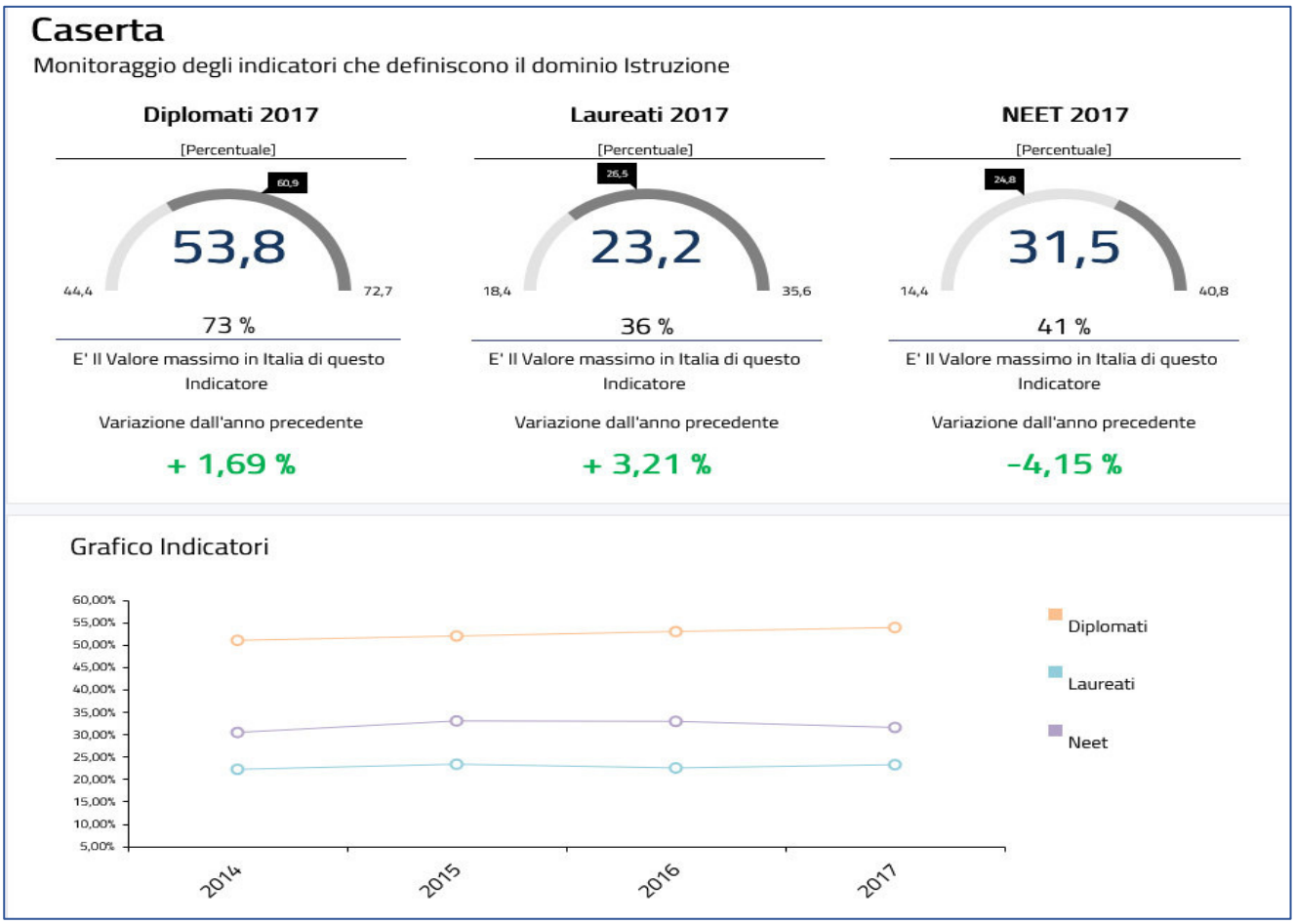



*Fig. 114: Indicatori di istruzione (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)*

**Indicatori di economia**

L'alto livello e il grado di uguaglianza nella distribuzione del reddito, l'occupazione, la capacità di attrarre investimenti interni ed esteri e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, l'intensità della competizione nei mercati, la libertà economica, sono fattori che si associano a bassi livelli di corruzione. Inoltre, a livelli elevati di utilizzi di Internet è associato un livello di corruzione più basso in quanto la rete favorisce la diffusione di informazioni che rappresentano uno strumento di controllo dell'esercizio dei poteri pubblici. Infine, una gestione efficiente dello smaltimento dei rifiuti urbani, spesso esposta alla corruzione in quanto oggetto di cattura da parte degli operatori economici e della criminalità organizzata, è associata a bassi livelli di corruzione.

# Caserta

Monitoraggio degli indicatori che definiscono il dominio Economia e Territorio

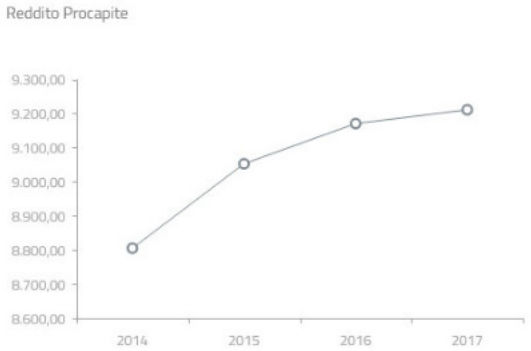
## Reddito Pro capite 2017



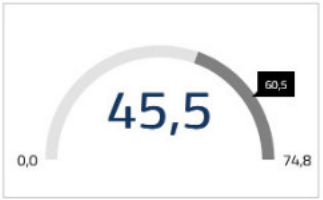

Il valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
20.694

Variazione dall'anno precedente
+ 0,44 %





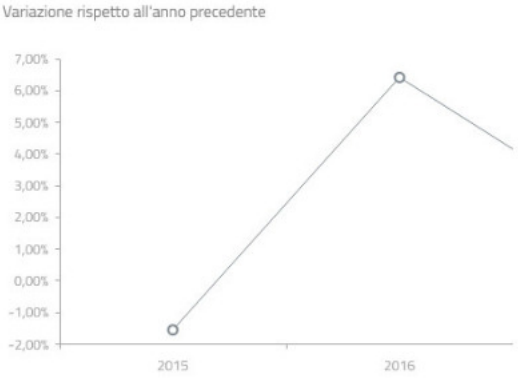

## Occupazione 2017




Il valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
74,8 %

Variazione dall'anno precedente
+ 1,88 %





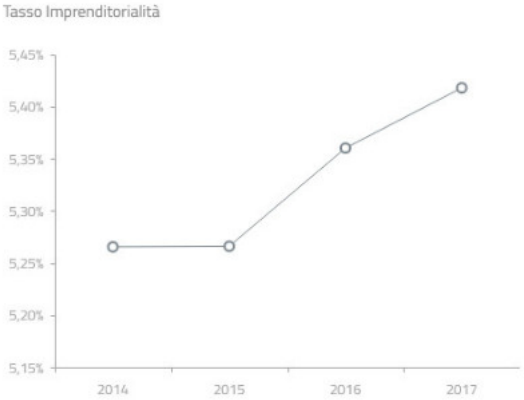

## Tasso di Imprenditorialità 2017




Il valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
11,17 %

Variazione dall'anno precedente
+ 1,08 %





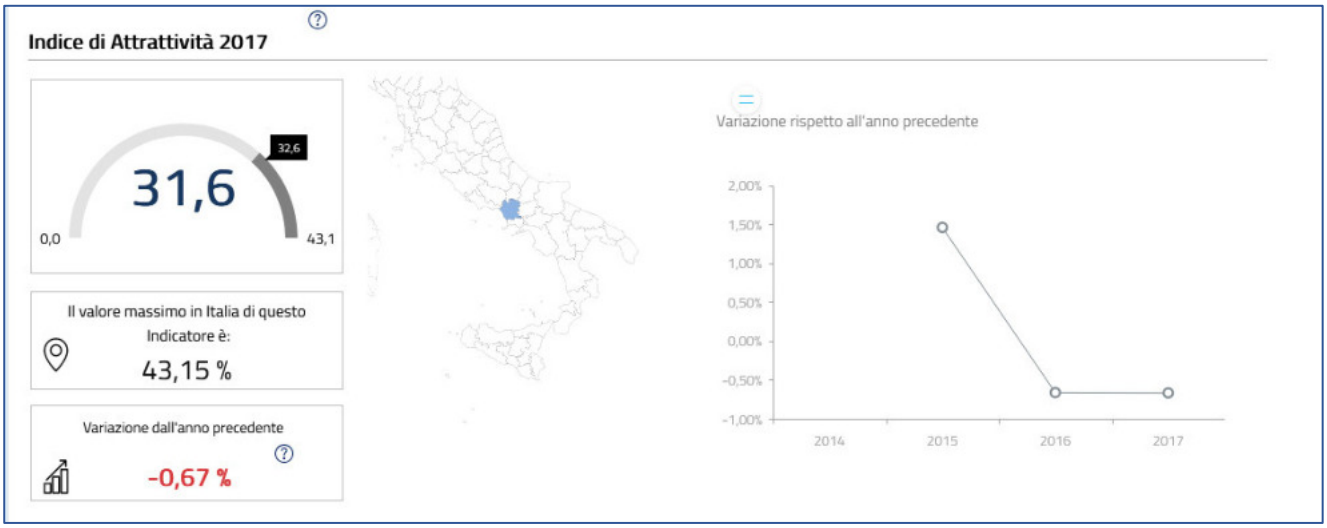



*Fig. 115-116-117-118: Indicatori di economia (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)*

La classifica finale per l'anno 2022 tra le Province Italiane per l'indice complessivo di criminalità vede Caserta al 46° posto con 27.976 denunce con un rapporto di 3.107,4 denunce ogni 100.000 abitanti.

| *Tipo Reato* | *Classifica* | *N. Denunce* | *Rapporto x 100.00 ab* |
|---|---|---|---|
| **Omicidi Volontari Consumati** | 50° | 4 | 0,4 |
| **Tentati Omicidi** | 20° | 21 | 2,3 |
| **Violenze sessuali** | 97° | 44 | 4,9 |
| **Furti** | 29° | 11.821 | 1.313 |
| **Furti di autovetture** | 7° | 2.809 | 312 |
| **Rapine** | 18° | 335 | 37,2 |
| **Estorsioni** | 28° | 171 | 19 |
| **Usura** | 4° | 8 | 0,9 |
| **Associazione per delinquere** | 46° | 7 | 0,8 |
| **Associazione di tipo mafioso** | 12 | 3 | 0,3 |
| **Riciclaggio** | 11° | 33 | 3,7 |
| **Truffe e frodi informatiche** | 64° | 4.115 | 457 |
| **Stupefacenti** | 82° | 300 | 33,3 |

*Tab.92: Indice complessivo di criminalità (Fonte Sole 24 ore) - Confronto con le altre Province*

I dati degli indici di criminalità fotografano ogni anno i delitti "emersi" nell'arco del 12 mesi del 2022 in seguito alle segnalazioni delle forze dell'ordine (Fonte Sole 24 ore).

### *4.1.2 La gestione del rischio*

L'illustrazione delle principali dinamiche che caratterizzano il contesto esterno ed interno di una amministrazione è, infatti, elemento essenziale del Piano della performance, così come costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio corruttivo. La finalità è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dall'analisi del rischio e dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

In modo sintetico le fasi sono:

- La mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- La valutazione del rischio per ogni processo;
- La definizione delle misure per la prevenzione;

- L'attività di monitoraggio e valutazione.

Un elemento importante è l'associazione fra prevenzione del rischio di corruzione e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi della risposta data ai cittadini.

**Mappatura dei processi**

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Il processo di gestione del rischio è stato avviato sulla base della mappatura dei processi che ha visto il coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti di Strutture e Dipartimenti dell'Azienda, chiamati a fare la descrizione delle aree e dei singoli processi di pertinenza (Delibera aziendale n. 625 del 30.11.2022 )

Proprio perché l'attuazione delle misure preventive ricade sui Responsabili di struttura, si è ritenuto importante effettuare una successiva mappatura dei processi condivisa (All.2) con i singoli Responsabili/Direttori ad inizio dicembre 2022.

A seguito dell'adozione del nuovo assetto Aziendale con Delibera n 1359 del 01.08.2023 si è ritenuto opportuno procedere ad una nuova mappatura, compliance all'attuale organizzazione.

Pertanto, al fine di rendere partecipi i Direttori/Referenti , con nota a firma del Direttore Generale prot 0277310/ASL del 19.11.2024, è stato richiesto a tutti i Direttori dei Servizi Centrali, dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse di visionare le schede di mappatura dei processi e rischi delle rispettive Strutture e di integrarle con eventuali nuovi processi di competenza che non risultavano già mappati.

Nonostante i solleciti, hanno riscontrato soltanto i seguenti: Affari Generali (Prot.n.0288177/AAGG del 02-12-2024), Dipartimento delle Dipendenze (Prot. n. 0286252/DDIP del 28-11-2024) Distretto 14 (Prot. n. 0282962/DS14 del 25-11-2024) Direzioni sanitarie dei PP.OO. Marcianise-Maddaloni/S. Felice-Sessa Aurunca-Aversa (Prot. n. 0280256/DS PO MARC del 21-11-2024), Servizio Provveditorato-Economato (Prot. n. 0003202/PROVV del 07-01-2025) Servizio Epidemiologia e Prevenzione (Prot. n. 0008114/SEP del 10-01-2025) Servizio Prevenzione e Protezione (Prot. n. 0279711/SPP del 21-11-2024)

**Valutazione del rischio**

Una seconda parte dell'analisi ha invece interessato la valutazione del rischio corruttivo. Sono state in particolar modo considerate le seguenti fasi: identificazione del rischio, analisi del rischio mediante fattori abilitanti, stima del livello di esposizione al rischio, valutazione mediante l'uso di indicatori di rischio

***Identificazione del rischio***

L'identificazione del rischio rappresenta il carattere cruciale della fase di gestione del rischio. Certamente vi è una correlazione fra l'identificazione del rischio ed il livello di collaborazione tra il RPCT ed i responsabili delle unità organizzative nel processo di gestione del rischio: la collaborazione favorisce l'identificazione degli eventi rischiosi, di contro, la non collaborazione rende più difficoltosa tale identificazione. Ciò è ben comprensibile, in quanto i responsabili degli uffici, avendo una conoscenza più approfondita delle attività svolte dalla singola unità organizzativa dell'amministrazione, possono in concreto facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

***Analisi del rischio mediante fattori abilitanti***

L'analisi del rischio previamente identificato ha consentito - attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione - di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Il ricorso ai fattori abilitanti ha contribuito, in modo determinante, all'individuazione delle misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.

Sono stati esaminati quei fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

| **Fattori abilitanti (fattori/Cause che agevolano il verificarsi di comportamenti/fatti corruttivi)** | | | |
|---|---|---|---|
| | **SI** | **NO** | **NOTE** |
| Mancanza di controlli | | | |
| Mancanza di trasparenza | | | |
| Eccessiva regolamentazione/complessità | | | |
| Scarsa chiarezza della normativa di riferimento | | | |
| Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto | | | |
| Scarsa responsabilizzazione interna | | | |
| Competenze del personale addetto ai processi inadeguate | | | |
| Assenza di personale con le competenze richieste per la gestione del processo | | | |
| Inadeguata diffusione della cultura della legalità | | | |
| Altro (specificare nella riga sottostante) | | | |
| **Dati oggettivi di supporto alla stima del rischio** | | | |
| | **SI** | **NO** | **NOTE** |
| Dati sui precedenti giudiziari | | | |
| Dati su procedimenti disciplinari | | | |
| Reclami | | | |
| Segnalazioni pervenute | | | |
| Pubblicazione evento su giornali/riviste | | | |
| **Analisi del rischio di corruzione (indicatori di stima)** | | | |
| | **ALTO** | **MEDIO** | **BASSO** |
| Discrezionalità dei processi | | | |
| Interesse esterno | | | |
| Controlli | | | |
| Efficacia della trasparenza | | | |
| Grado di attuazione delle misure di trattamento | | | |
| Personale coinvolto nella gestione del rischio | | | |
| **Livello di rischio complessivo** | | | |
| **Trattamento del rischio (individuazione e programmazione delle misure)** | | | |
| | **Esistente/Nuova** | **Tempistiche** | **Indicatori** |
| Misura di controllo | | | N. controllo effettuati/n. pratiche-provvedimenti |
| Misura di trasparenza | | | *Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione* |
| Misure di definizione e promozione dell'etica (Codice comportamento aziendale) | | | *Rispetto codice comportamento aziendale* |
| Misure di regolamentazione | | | *Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura* |
| Misure di formazione | | | N. partecipanti ad un corso/n. interessati al corso |
| Misura di sensibilizzazione e partecipazione | | | *N. iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti* |
| Misure di rotazione | | | *N. incarichi/pratiche ruotati sul totale* |
| Misure di disciplina del conflitto di interessi | | | *Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse* |
| Misure di regolazione dei rapporti lobbies | | | *Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo* |
| Altro | | | |

*Tab. 93: Fattori abilitanti*

***Criteri per la valutazione: indicatori di rischio***

Gli indicatori di rischio (key risk indicators) cui si è fatto ricorso al fine di acquisire informazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle attività sono stati diversi.

Gli indicatori utilizzati per ciascun'area sono stati quelli relativi al "Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA" – ovvero la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale che determina un

incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; l'indicatore "Livello di interesse esterno" (ossia "la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo che determina un incremento del rischio"); l'indicatore "Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata" – attività già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili tale da far aumentare il rischio corruttivo.

**Trattamento del rischio: previsione delle misure**

Rispetto al trattamento del rischio si distinguono:

- Misure generali, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- Misure specifiche che incidono su temi individuati in seguito all'analisi e valutazione del rischio.

La programmazione delle misure di prevenzione avviene nel rispetto dei principi declinati da ANAC ed oltre a dover essere adeguatamente progettate, (onde evitare astrazioni irrealizzabili o estremamente gravose) devono essere efficaci, sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo, adattate alle specificità ed alle peculiarità aziendali e verificabili.

Si rappresentano di seguito le misure generali del sistema aziendale di prevenzione dei fenomeni corruttivi ed i relativi principali caratteri distintivi.

***a. Codici di Comportamento e azioni di miglioramento***

L'Azienda, conformemente alle disposizioni normative previste in materia, ha approvato il proprio codice di comportamento aggiornato con Delibera n.98 del 22.01.2024. Il Codice è articolato al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà e l'imparzialità.

Contiene una specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti, articolati in relazione alle funzioni attribuite. Prevede che la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, sia fonte di responsabilità disciplinare.

Sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, per l'ambito di competenza e in relazione ai connessi livelli di responsabilità, le strutture di controllo interne e l'Ufficio di Disciplina.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) cura la raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e produce una relazione annuale in merito per il RPCT.

Conformemente al Decreto-legge n. 36 del 30.04.2022, convertito in legge n. 79 del 29.06.2022, modificando l'art. 54 del D. Lg. N. 165/2002, il Codice di Comportamento contiene una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche per la tutela della pubblica amministrazione.

*Violazione del Codice di Comportamento- esiti del monitoraggio*.

Si segnala che, nel corso del 2024, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) soltanto in data 23.01.2025 con nota ASL Ce prot 0020391/UPD, ha comunicato di aver avviato n. 36 procedimenti a carico di dipendenti per violazione del codice di comportamento che costituiscono elemento di riflessione per l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione da adottare nel triennio 2025-2027. In ogni caso l'Azienda, nel corso del 2025, svolgerà attività formativa e informativa sulle tematiche degli obblighi comportamentali.

**b. Rotazione ordinaria e straordinaria**

L'articolo 1 della legge n.190/2012 ha introdotto, al fine di limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione, la cosiddetta rotazione ordinaria del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Diversa è la rotazione straordinaria, introdotta dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 che nasce come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni illeciti, di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare.

La normativa prevede che, qualora non sia possibile realizzare la misura della rotazione ordinaria le amministrazioni sono comunque tenute a programmare altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, dando adeguata motivazione della mancata applicazione dell'istituto nel piano triennale di prevenzione della corruzione.

**Criteri di rotazione**

Considerato l'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa si segue un criterio di gradualità nella programmazione per evitare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria e gravi ricadute sui servizi di pubblico interesse espletati.

Pertanto, poiché la legge 190/2012 prevede la misura della rotazione per le aree a più alto rischio di corruzione, all'interno della realtà organizzativa dell'Asl di Caserta tale misura trova applicazione innanzitutto per le aree con un valore di rischio alto e medio per poi, in una seconda fase, interessare quelle con un livello di esposizione al rischio più basso.

Le aree a rischio medio ed alto sono:

- Contratti pubblici
- Incarichi e nomine
- Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni
- Rapporti contrattuali con i privati accreditati
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La rotazione è attuata nel rispetto dei criteri di:

- Rotazione territoriale (ossia l'assegnazione ad un diverso ambito territoriale)
- Rotazione funzionale (ossia l'assegnazione a diverse competenze nella medesima struttura)
- Rotazione funzionale e strutturale.

In caso di motivata impossibilità di rotazione, si prevedono misure alternative consistenti nell'adozione di modalità operative che favoriscono una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali per le istruttorie più delicate nelle aree più a rischio, affidamento delle varie fasi di un procedimento a più operatori, con separazione della responsabilità dell'attività di istruttoria dalla responsabilità dell'adozione del provvedimento finale (c**.d. segregazione delle funzioni).**

Per alcune unità operative aziendali, in relazione ad alcuni procedimenti rientranti nell'ambito di quelli considerati a più elevato rischio corruzione, viene prevista la rotazione come misura specifica per prevenire possibili fenomeni corruttivi, come da tabella che segue.

| *Struttura* | *Tipologia di rotazione* | *Misura* | *Indicatore* | *Obiettivo 2025* | *Obiettivo 2026* | *Obiettivo 2027* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **UOC Gestione Risorse Umane** | Rotazione dei segretari di concorso e degli addetti alla vigilanza nelle procedure di | É prevista la rotazione dei segretari di concorso e degli addetti al supporto amministrativo e di vigilanza nelle procedure concorsuali di selezione pubblica | N. segretari che ruotano/su | 30% | 40% | 50% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | selezione pubblica o interna. | o interna. É altresì prevista l'opportuna costituzione di un Albo dei segretari di concorso, che garantisca pari opportunità tra uomini e donne con affidamento degli incarichi nel rispetto dei principi della parità di trattamento, proporzionalità, trasparenza, rotazione. | l totale dei segretari di commissione | | | |
| **Gestione giuridico-economica professionisti esterni** | Turnazione tra gli addetti alla predisposizione delle spettanze economiche per i professionisti esterni (convenzionati/avvocati, ecc....) | Si prevede la rotazione attraverso un diverso abbinamento tra operatore e beneficiario | N.funzion.che ruotano sul complessivo | 40% | 50% | 60% |
| **UO Acquisti di beni e servizi; UO Manutenzione e gestione Immobili; Edilizia Ospedaliera; Ingegneria Clinica; Tecnologie Informatiche** | Rotazione dei componenti delle Commissioni di Gara | Per le procedure di gara per l'acquisizione di beni e/o servizi, per la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici, si prevede il rispetto del principio di rotazione | N.membri sul totale | 30% | 50% | 70% |
| | Rotazione tempestiva del Responsabile Unico del Procedimento, in caso di conflitto di interessi, anche potenziale | Si prevede la rotazione del Responsabile Unico del Procedimento, a cura del Dirigente Responsabile del Servizio, qualora venga rilevata una situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi | | 100% | 100% | 100% |
| | Rotazione, oltre che alla conclusione dei singoli contratti, anche attraverso l'affidamento al soggetto di incarichi di RUP in settori merceologici diversi rispetto a quelli seguiti nei precedenti incarichi, fatte salve le professionalità necessarie al ruolo e le competenze richieste. Affidamento, ove possibile, a cura del Dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie, con rotazione degli abbinamenti | Il criterio preventivo di rotazione va contemperato con il principio costituzionale di buon andamento dell'amministrazione, | | 100% | 100% | 100% |
| **Servizi di Igiene e Sanità Pubblica; Servizi competenti sulla Sicurezza Alimentare Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro** | Affidamento, ove possibile, a cura del Dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie, con rotazione degli abbinamenti | Si ritiene opportuna l'adozione di Linee guida per la rotazione del personale addetto al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza relative ai: Servizi di Igiene e Sanità Pubblica; Servizi competenti sulla Sicurezza Alimentare; Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro. Nelle more, nelle UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica e Prevenzione Salute negli ambienti di vita e di lavoro del Dipartimento Sanità Pubblica, la vigilanza va realizzata da coppie di ispettori soggette a rotazione nell'abbinamento | | Entro il 31/12/25 | | |
| | Supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza, del responsabile gerarchico e separazione (ove possibile) delle funzioni ispettive da quelle autorizzative/sanzionatorie. Controllo dell'attività degli ispettori: rotazione del personale addetto alla verifica delle presenze | | | | | |
| **Acquisizione Prestazioni** | Rotazione degli operatori del Nucleo | Si prevede la rotazione sulle strutture private accreditate degli operatori del NOC | N.Membri/ su compl. | 30% | 35% | 35% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sanitarie da Erogatori Esterni** | Operativo di Controllo delle prestazioni sanitarie rese da erogatori esterni | a cadenza annuale a decorrere dal primo trimestre di ogni anno. | | | | |
| **Direzioni Sanitarie di Presidio** | Rotazione degli operatori degli obitori | Rotazione del personale addetto agli obitori | N.pers/su compl. | 30% | 35% | 35% |

*Tab.94: Unità Operative interessate al processo e tipologia di rotazione – Indicazioni e criteri*

**Rotazione straordinaria**

Oltre alla rotazione ordinaria è previsto l'istituto della c.d. rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs. n. 165/2001 (modificato con L. n. 135/2012), nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria di carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale, o disciplinare, siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo, al fine di tutelare l'immagine e l'imparzialità dell'amministrazione. Sull'applicazione dell'istituto è intervenuta l'ANAC, con deliberazione n. 215/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. l-quater del d.lgs. n. 165/2001" ed ha precisato e rivisto alcuni precedenti orientamenti in materia.

Al fine di adottare tale misura cautelare in maniera efficace ed efficiente, è necessario che l'Ufficio Legale provveda a trasmettere formalmente al RPCT ogni comunicazione pervenuta da parte dell'Autorità Giudiziaria in merito all'avvio di procedimenti penali/rinvio a giudizio di dipendenti, per condotte di natura corruttiva. Analogamente l'UPD deve provvedere a comunicare formalmente al RPCT l'avvio di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva. In seguito, il RPCT procede a coinvolgere il Responsabile dell'U.O. /Struttura cui afferisce il dipendente interessato affinché si valutino i presupposti per l'eventuale applicazione della misura cautelare in contesto, se del caso, anche tramite apposito incontro con il già menzionato Responsabile volto ad esaminare congiuntamente il caso specifico. Qualora il soggetto coinvolto sia un Responsabile di U.O./Struttura, a valutare le iniziative da assumere saranno, a seconda del ruolo ricoperto, il Direttore di Dipartimento ovvero il Direttore Generale/il Direttore Sanitario/il Direttore Amministrativo.

**c. Obblighi di astensione e di segnalazione in caso di conflitto di interessi**

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo, sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 *bis* nella l. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e del Codice di comportamento aziendale, nonché a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità ivi stabilite. Qualora vengano segnalate situazioni di conflitto di interessi, il dipendente dovrà essere sollevato dall'incarico che dovrà essere affidato ad altri ed in mancanza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura avocherà ogni relativo adempimento.

Al momento della sottoscrizione del contratto il neoassunto o il dipendente assegnato a nuovo ruolo rilascia una dichiarazione, valutata dal Direttore della struttura di riferimento.

Per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, all'atto del conferimento dell'incarico il Servizio G.R.U. acquisirà dichiarazione sull'insussistenza di conflitto di interessi, di cui verrà dato conto nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente, del sito. Il Responsabile dell'UO proponente (a cui viene assegnato il collaboratore) dovrà rilasciare l'attestazione di assenza di conflitto da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente.

Dal 2022, i Curricula e le dichiarazioni sono resi con modalità informatica, tramite specifico portale.

Sono pubblicati nella sezione “Personale” i modelli di Dichiarazione da rendere; nello specifico la dichiarazione comprende:

- Dichiarazioni patrimoniali e reddituali (per il personale dirigente, da compilare entro 3 mesi dall’incarico, da aggiornare annualmente). A seguito delle Deliberazioni ANAC è stato temporaneamente sospeso l'obbligo riferito alle dichiarazioni patrimoniali e reddituali del personale dirigenziale, a fronte dei contenziosi insorti e delle incertezze interpretative nella specifica materia, fermo restando che i dirigenti possono comunque volontariamente adempiervi. Non sono intervenute nuove disposizioni in merito, mentre permane l’obbligo per gli organi di indirizzo politico (vertice aziendale).
- Comunicazione circa interessi finanziari e conflitto di interessi (per tutti i dipendenti) da compilare all’atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico, da aggiornare annualmente;
- Dichiarazione di partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari (per il personale dirigente, D.A. e D.S.) da compilare all’atto dell’assunzione dell’incarico.
- Comunicazione adesione/appartenenza ad associazione o organizzazione (per tutti i dipendenti) da compilare tempestivamente nel caso di associazione od organizzazione operanti in ambito sanitario, sociosanitario, di ricerca, di tutela della salute o in settori potenzialmente interferenti con le funzioni assegnate.
- Dichiarazione di insussistenza di eventuali situazioni di conflitti di interessi per rapporti di parentela, affinità e convivenza all'interno della struttura di appartenenza. Al fine di dare ampia diffusione a tutto il personale verrà inviata una nota informativa ai Direttori delle strutture aziendali, con invito a darne massima diffusione a tutto il personale di propria afferenza e trasmessa un’ulteriore informativa con invio massivo a tutto il personale.

L'acquisizione/aggiornamento delle succitate dichiarazioni con l'utilizzo del Portale dedicato verrà svolta annualmente a cura del Responsabile della Trasparenza.

La percentuale dei dati di raccolta (in riferimento al personale dipendente e ai collaboratori) al 31.12.2024 è la seguente:

**Elenco completo dirigenti:**
Curricula presenti: 1226 su 1288 totali **(95,19%)**
Autocertificazioni presenti: 1234 su 1288 totali **(95,81%)**
Autocertificazioni aggiornate al 2024: 1142 su 1288 presenti **(88,66%)**
Curricula editabili: 1129 su 1288 totali **(87,66%)**
**Consulenti e collaboratori:**
Curricula presenti: 67 su 67 totali **(100%)**
Autocertificazioni presenti: 67 su 67 totali **(100%)**
Autocertificazioni aggiornate al 2024: 66 su 67 totali **(98%)**
Curricula editabili: 67 su 67 totali **(100%)**
**Posizioni organizzative:**
Curricula presenti: 68 su 68 totali **(100%)**
Autocertificazioni presenti: 68 su 68 totali **(100%)**
Autocertificazioni aggiornate al 2024: 51 su 68 totali **(75%)**
Curricula editabili: 54 su 68 totali **(79,41%)**
Riguardo all'area a rischio dei contratti pubblici e alla fase del ciclo degli approvvigionamenti, si rinvia alla specifica sezione di questo piano.

Per quanto riguarda l'obbligo di astensione, ogni dipendente è tenuto a comunicare formalmente con tempestività al proprio superiore gerarchico, il verificarsi della situazione di potenziale conflitto di interessi con lo svolgimento dell'attività o l'adozione di una determinata decisione, come previsto dal Codice di comportamento aziendale.

**d. Inconferibilità/incompatibilità**

**Inconferibilità per Incarichi Dirigenziali**

Normativa di riferimento:

- Capi I, II, III e IV del D.lgs. 39/2013, art.15,17,18,20 del D.lgs. 39/2013;
- PNA 2023 - PNA 2016 par.7.3;
- Del. ANAC n. 833 del 3.08.2016" Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e incompatibilità …)
- Delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 in materia di applicabilità delle disposizioni su incompatibilità e inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende Sanitarie ai soli 3 Direttori aziendali (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e adesso anche Direttore socio-sanitario l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D.lgs. n.39/2013, precisando che: "*Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39*".

Alla luce di quanto sopra, il RPCT provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di Direttore amministrativo, di Direttore sanitario e Direttore socio-sanitario atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale acquisendo annualmente apposita dichiarazione. Le dichiarazioni vengono acquisite annualmente (entro il 31 gennaio) e vengono pubblicate sul sito della trasparenza.

Con la delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 è stato esteso il regime dell'inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Si prende atto e si rinvia alle specifiche linee guida emanate da ANAC con Delibera n. 833 del Consiglio dell'Autorità (3 agosto 2016). Tale atto ha per oggetto le linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della

prevenzione della corruzione e regola l'attività di vigilanza ed i poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

**Incompatibilità specifiche per particolari Posizioni Dirigenziali**

Normativa di riferimento:

- Capi V e VI del D.lgs. 39/2013, art.15,19 e 20 del D.lgs. 39/2013

Ai sensi del D.lgs. 39/2013 per "incompatibilità" si intende "*l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine di 15 giorni tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e svolgimento di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico".*

A differenza del caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del d.lgs. 39/2013.

Le cause di incompatibilità possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro.

Qualora nel corso del rapporto venga riscontrata una causa di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato che, previo contraddittorio, deve provvedere a rimuovere la causa ostativa entro 15 giorni a pena di decadenza dall'incarico e di risoluzione del relativo contratto (art. 19 d.lgs. 39/2013).

Gli interessati sono tenuti ad attestare l'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità mediante dichiarazione annuale, da effettuare ai sensi dell'art. 20 del citato d.lgs. 39/2013:

- All'atto del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000;
- Con cadenza annuale, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico, e tempestivamente, su richiesta del Responsabile della Prevenzione, nel corso del rapporto.

Il Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane è tenuto ad assicurare che:

- Gli atti di conferimento degli incarichi debbano espressamente prevedere che la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013 costituisca condizione di efficacia dell'incarico e che la violazione dell'obbligo della dichiarazione che l'interessato è tenuto a rendere annualmente o tempestivamente, su richiesta o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la decadenza dall'incarico.

**Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane è tenuto** ad acquisire il 100% delle autocertificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000 e ad effettuare verifiche a campione (ex art. 71 del DPR 445/2000) **nella misura del 30% nell'anno 2025, del 40% nell'anno 2026, del 40% nell'anno 2027**. Di tali verifiche deve relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione indicando il numero di autocertificazioni acquisite e controllate, l'esito dei controlli, e i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza della causa di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato. La riscontrata sussistenza di una situazione di inconferibilità/incompatibilità deve essere tempestivamente comunicata al RPCT che ai sensi dell'art. 15 del D. Lgsl.39/2013 provvede a segnalare i possibili casi di violazione all'ANAC nonché alla Corte dei conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il RPCT, nell'ambito dei controlli di secondo livello, in caso di inerzia, relazionerà all'OIV, al Direttore Generale e all'Autorità competente e contestualmente provvederà ad effettuare le dovute verifiche nella percentuale minima sopra indicata. Verifiche a campione ulteriori potranno comunque essere effettuate dal RPCT, di sua iniziativa, nell'ambito dell'attività di controllo e monitoraggio.

**e. Formazione**

La strategia di contrasto al fenomeno corruttivo, come si ricava dalla Legge n. 190/2012 si basa su tre pilastri, di cui uno, la formazione, costituisce il presupposto imprescindibile per il successo degli altri due. L'effettiva incisività delle misure di prevenzione di eventi di *maladministration*, ed il rafforzamento di rimedi di tipo repressivo, ispettivo e di controllo, postulano la promozione di una diffusa cultura della legalità e del rispetto delle regole.
Nel 2024 è stata registrata una discreta partecipazione dei dipendenti al corso in materia di prevenzione della corruzione rivolto a tutto il personale e al riguardo continuerà l'opera di sensibilizzazione del RPCT per ottenere una più diffusa partecipazione, monitorando i risultati conseguiti. Nel corso del 2025 sarà espletata una ulteriore attività formativa, sempre rivolta a tutti i dipendenti, destinata ad approfondire innanzitutto la conoscenza del Codice di Comportamento e poi anche le problematiche connesse al conflitto di interessi, al Pantouflage e all'istituto del Whistleblowing con esame anche di casi concreti.

In fase di analisi del fabbisogno formativo e di valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione aziendale viene garantito il necessario collegamento tra il presente Piano e quello Aziendale di Formazione (PAF). Si individua dunque quale misura la seguente:

| *Area a Rischio* | *Processo a cui applicare uguali misure di prevenzione* | *Misure di prevenzione* | *Obiettivi* | *Soggetto responsabile* | *Tempistica* | *Indicatori/Monitoraggio* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tutte** | Tutti i processi aziendali | Elaborazione PAF in coerenza con la presente sezione | Sviluppare la cultura dell'etica e della legalità | U.O. Coordinamento alla Formazione e RPCT | Scadenza approvazione PAF | Coordinamento strumenti programmazione ed eventi formativi svolti |

*Tab.95: Piano di Formazione*

**f. Obblighi di trasparenza**

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce sia livello essenziale delle prestazioni sia un fondamentale strumento di diffusione della cultura della legalità, e di prevenzione di comportamenti che si discostano dal perseguimento dell'interesse pubblico.

Attraverso la pubblicazione on line di dati, documenti e informazioni, l'Azienda consente l'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento dei soggetti esterni assolvendo all'obbligazione di garanzia nei confronti del cittadino.

L'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, da parte dei Direttori delle UU.OO. coinvolte, secondo la tabella "*Allegato 1" sezione "Amministrazione trasparente" - elenco degli obblighi di pubblicazione*" - è ritenuto obiettivo primario e strategico dell'Azienda, in relazione a quanto previsto dall'art. 8 comma 1 della legge 190/2012e s.m.i., ed è confermato l'obiettivo aziendale di prosecuzione della progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme, per conseguire gradualmente la completezza delle informazioni, la qualità dei dati ed il relativo aggiornamento, anche nel rispetto delle indicazioni e suggerimenti dell'OIV aziendale.

**Tab.96 : Trasparenza**

| *Area a Rischio* | *Processo a cui applicare uguali misure di prevenzione* | *Misure di prevenzione* | *Obiettivi* | *Soggetto responsabile* | *Tempistica* | *Indicatori/Monitoraggio* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tutte** | Tutti i processi aziendali | Trasparenza | Accessibilità delle informazioni | RPCT | Entro il 31.01 di ogni anno o altra data comunicata da ANAC | Aggiornamento e Pubblicazione Sezione Trasparenza PIAO |

**g. Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per i delitti contro la P.A.**

Normativa di riferimento:

- Art. 35 bis D. Lgs.165/2001 aggiunto dall'art.1 comma 46 della Legge190/2012;
- Art.1 commi 3,15,17,18,20 L.190/2012 capo II D.lgs. 39/2013;
- Delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 "*indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara*".

Con la nuova normativa di cui all'art. 35 bis D.Lgs.165/2001, aggiunto dall'art.1 comma 46 della Legge190/2012 (*da ultimo modificato dall'art. 1, comma 1, legge n. 79 del 2022)* sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 introdotto dall'art.1, comma 46 della legge 190/2012, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale*:*

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

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

A norma del D.lgs. 39/2013

- In generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza di condanna, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna con sentenza di primo grado o di appello per le quali non siano decorsi i termini di impugnativa);
- La specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis, riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative);
- In base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- La situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Con la delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 sono state date alcune indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara.

I Dirigenti dell'area appalti e il dirigente responsabile della S.C. Gestione risorse umane nonché tutti i responsabili di tutte le articolazioni aziendali in presenza di situazioni di specie sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- All'atto della formazione di commissioni per l'affidamento di commesse o di concorsi;
- All'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 3 del D.lgs. 39/2013;
- All'atto dell'assegnazione di dipendenti agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato. Sulle autocertificazioni acquisite i Dirigenti delle strutture provvedono ad effettuare controlli a campione. Se all'esito della verifica risultano precedenti penali per delitti contro la P.A. l''Azienda si astiene dal conferire l'incarico e lo conferisce ad altro soggetto e applica le misure previste dall'art. 3 del D.lgs. 39/13.

I responsabili delle strutture interessate e il Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane sono tenuti ad acquisire le autocertificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000 e ad effettuare verifiche a campione (ex art. 71 del DPR 445/2000) nella misura del 30% nell'anno 2025, del 40% nell'anno 2026, del 40% nell'anno 2027.

Di tali verifiche dovranno relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione indicando il numero di autocertificazioni acquisite e controllate, l'esito dei controlli, e i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza della causa di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato.

La riscontrata sussistenza di una situazione di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione resa dall'interessato, deve essere tempestivamente comunicata al RPCT che ai sensi dell'art. 15 del D.lgs. 39/2013 provvede a segnalare i possibili casi di violazione all'ANAC nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il RPCT, nell'ambito dei controlli di secondo livello, in caso di inerzia, relazionerà all'OIV, al Direttore Generale e all'Autorità competente e contestualmente provvederà ad effettuare le dovute verifiche nella percentuale minima sopra indicata.

Verifiche a campione ulteriori potranno comunque essere effettuate dal RPCT, di sua iniziativa, nell'ambito dell'attività di controllo e monitoraggio.

**h. Pantouflage**

Il termine *Pantouflage* indica il passaggio dei dipendenti dal settore pubblico a quello privato. Tale fenomeno, se non correttamente disciplinato, potrebbe in alcuni casi rivelarsi rischioso per l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni. Il legislatore nazionale è intervenuto in materia introducendo, con la L. 190/2012, un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. La norma prevede il divieto, a carico dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della pubblica amministrazione, di prestare attività lavorativa o professionale per i destinatari di provvedimenti adottati o per le parti di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione della norma sono nulli e i soggetti privati non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti. Nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013. Sono, infatti, assimilati ai dipendenti della PA anche i soggetti titolari di uno

degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 espressamente indicati all'art. 1, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni.

Presupposto perché vi sia Pantouflage è l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico, inteso nei sensi sopra delineati. L'Autorità ha avuto già modo di chiarire che il potere autoritativo della pubblica amministrazione implica l'adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Si ritiene, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale.

*Cosa si intende per attività lavorativa o professionale in destinazione*? L'applicazione della disciplina sul Pantouflage comporta che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

Anche con riferimento a tale espressione, l'Autorità ha valutato sia da preferire un'interpretazione ampia. L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

- Rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato
- Incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

Sono esclusi dal Pantouflage gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata.

Come già previsto nei PNA delle annualità precedenti, le pubbliche amministrazioni sono tenute a prevedere nei propri piani anticorruzione e nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO adeguati strumenti e modalità per assicurare il rispetto di tale istituto anche attraverso un'attività di verifica.

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta è intervenuta in materia con misure di seguito sintetizzate

- Previsione del divieto di Pantouflage nel Codice di Comportamento aziendale, approvato con delibera n. 98 del 22/01/2024
- Previsione nel citato codice di specifiche conseguenze sanzionatorie, in linea con quanto suggerito dall'ANAC con Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 ad oggetto "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al PNA 2016"(art. 14 comma 9 del citato codice di comportamento "*I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del predetto divieto sono nulli, inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti*.")
- Inserimento nei contratti di assunzione del personale, nei contratti individuali di lavoro riferiti a dipendenti, sia a tempo determinato che indeterminato ovvero relativi a incarichi di vertice e/o dirigenziali/ direttoriali, della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa o professionale per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, a favore di soggetti privati nei cui confronti siano stati esercitati poteri autoritativi o negoziali nell'ultimo triennio.
- Inserimento nell'atto di cessazione del rapporto di lavoro di una specifica clausola informativa sul divieto, per il soggetto cessando, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l'ASL di Caserta, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati nei confronti dei quali abbia esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione Questa misura va applicata anche agli incaricati equiparati ai dipendenti per effetti dell'art. 21, d.lgs. 39/13.

- Previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. Ugualmente, al momento della sottoscrizione del contratto (o di atto analogo) il soggetto affidatario dovrà rendere la dichiarazione di cui sopra. Per tale ragione la stessa dovrà essere inserita mediante la previsione di un apposito articolo nello schema di contratto ovvero in caso di sottoscrizione di atto analogo potrà anche essere acquisita apposita dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

In linea con quanto previsto dall'ANAC (Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023) l'Azienda introduce le seguenti misure:

- il dipendente ha l'obbligo di sottoscrivere, entro un determinato termine ritenuto idoneo dall'amministrazione (ad esempio tre anni prima della cessazione dal servizio), previa comunicazione via PEC da parte dell'Azienda, una dichiarazione con cui prende atto della disciplina del Pantouflage e si assume l'impegno di rispettarne il divieto. Ciò anche allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.
- Dichiarazione da rendere una tantum o all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di Pantouflage, per i soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013.
- Promozione da parte del RPCT di specifiche attività di approfondimento, formazione e sensibilizzazione sul tema.
- Previsione di specifici percorsi formativi in materia di Pantouflage per i dipendenti in servizio o per i soggetti esterni nel corso dell' espletamento dell'incarico
- Attivazione di verifiche da parte del RPCT. Il RPCT è chiamato alla verifica della corretta attuazione delle misure, anche attraverso attività volte ad acquisire informazioni utili in merito al rispetto del divieto di Pantouflage. Come per le altre misure, il RPCT può e deve avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione per lo svolgimento dei propri compiti. Il RPCT svolge una funzione consultiva di supporto, quale ausilio all'interno dell'Azienda per chiarire, anche a seguito di richiesta da parte del dipendente pubblico che sta per cessare dal servizio, quali siano le eventuali ipotesi di violazione del divieto con riguardo all'attività esercitata presso l'Azienda di appartenenza. A tal fine, il RPCT può raccogliere elementi, valutazioni e informazioni utili attraverso l'interlocuzione con gli uffici o le strutture interne, anche di controllo o con compiti ispettivi. Resta ferma la facoltà di rivolgersi ad ANAC per un parere in merito a determinate fattispecie, qualora permangano dubbi sulla corretta applicazione della norma.

**Per gli Specialisti ambulatoriali,** il RPCT con Circolare Asl CE Prot. n. 0256261/A.C.TRASP del 25-10-2024 (pubblicata in Amministrazione Trasparente) ha fornito alcuni chiarimenti in merito all'applicabilità del divieto, suggerendo l'adozione di apposita specifica modulistica.

**h.1 Modello operativo per la verifica sul divieto di Pantouflage:**

Acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di Pantouflage.

Verifiche in caso di omessa dichiarazione

Gli uffici competenti per materia, quali l'Ufficio Risorse Umane, verificherà, in via prioritaria, se tutti gli ex dipendenti abbiano reso la dichiarazione d'impegno. La verifica riguarderà il 100% degli ex dipendenti inadempienti. Nell'ambito delle proprie verifiche, l'Azienda può raccogliere informazioni utili ai fini della segnalazione ad ANAC circa l'eventuale violazione del divieto di Pantouflage, anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui abbia accesso per effetto di apposite

convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali (ad es. banca dati dipendenti centri convenzionati/accreditati). Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa il rispetto del divieto di Pantouflage, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmette ad ANAC una segnalazione qualificata.

Verifiche nel caso in cui il dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno

Per questa situazione si procederà alla verifica di un campione minimo del 30% di ex dipendenti. Laddove l'ex dipendente comunichi all'amministrazione, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro, l'amministrazione effettua verifiche circa tale comunicazione al fine di valutare se siano stati integrati gli estremi di una violazione della norma sul Pantouflage. Tali verifiche potranno avvenire anche tramite la eventuale consultazione delle BD già citate (cfr. punto b) e mediante interlocuzione con l'ex dipendente che abbia trasmesso la comunicazione. Tali **verifiche riguarderanno almeno il 30% delle dichiarazioni pervenute.**

Verifiche in caso di segnalazione/notizia circostanziata di violazione del divieto

Nel caso in cui pervengano segnalazioni circa la violazione del divieto di Pantouflage da parte di un ex dipendente, al fine di scoraggiare segnalazioni fondate su meri sospetti o voci o contenenti informazioni del tutto generiche, il RPCT prende in esame solo quelle ben circostanziate. Qualora la segnalazione riguardi un ex dipendente che abbia reso la dichiarazione il RPCT- ferma restando la possibilità di consultare le banche dati disponibili presso l'amministrazione - previa interlocuzione con l'ex dipendente, può trasmettere una segnalazione qualificata ad ANAC. Nell'ipotesi in cui, invece, non sia stata resa detta dichiarazione, il RPCT, innanzitutto sente l'ex dipendente e, se necessario, procede secondo quanto indicato al punto b.

## *4.2 Whistleblowing*

Il D. Lgs. 24/23 impone agli Enti l'obbligo di predisporre determinati canali di segnalazione

**Linee Guida in materia di Whistleblowing**

**Parte I – Elementi generali del whistleblowing**

**Art.1 - Premessa**

La segnalazione di illeciti (whistleblowing) è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 con la finalità di rendere effettiva la tutela dell'integrità delle Pubbliche amministrazioni attraverso la denuncia di chi ha la possibilità di conoscere condotte illecite poste in essere sul luogo di lavoro. È la legge n. 190 del 2012, precisamente dall'articolo 1 comma 51, con l'introduzione dell'articolo 54 bis al Decreto legislativo 165 del 2001, che ha previsto che il pubblico dipendente che denuncia condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria diretta o indiretta avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Con legge 30 novembre 2017 n.179, recante "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato"* è stata rafforzata la tutela del dipendente pubblico che, nell'interesse dell'integrità della Pubblica Amministrazione, segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) o denuncia all'Autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.
Il dipendente pubblico che segnala un illecito non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro

determinata dalla segnalazione. **La denuncia, inoltre, è sottratta all'accesso documentale** previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241.
Il principio della tutela della riservatezza dell'identità del dipendente autore della segnalazione è garantito anche da altri accorgimenti che le pubbliche amministrazioni devono adottare in base al Piano nazionale anticorruzione (PNA).
Il D.lgs. n.24 del 10 marzo 2023 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", in attuazione della Direttiva UE 2019/1937 del 23 ottobre 2019 (riguardante la protezione delle persone che segnalano violazione del diritto dell'Unione), ha innovato la precedente normativa, ampliando le tutele in caso di segnalazione di illeciti, estendendo l'ambito applicativo soggettivo e prevedendo procedure ulteriori per preservare i soggetti segnalanti da possibili ritorsioni.
**Il presente regolamento disciplina l'istituto della segnalazione d'illeciti (whistleblowing) all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta.**

**Art.2 - Definizioni**

a. "**Azienda" – "Amministrazione**": Azienda Sanitaria Locale Caserta;
b. "**Facilitatore**": persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
c. "**Whistleblower**": Dipendente pubblico, lavoratore subordinato di soggetto del settore privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.;
d. "**Whistleblowing**": Istituto di tutela del dipendente pubblico, del lavoratore subordinato privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.
e. "**Persona coinvolta**": La persona fisica o giuridica menzionata nella segnalazione interna o esterna ovvero nella divulgazione pubblica come persona alla quale la violazione è attribuita o come persona comunque implicata nella violazione segnalata o divulgata pubblicamente;
f. "**Segnalazione**": La comunicazione scritta od orale, delle informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse o che, sulla base di elementi concreti, potrebbero essere commesse nell'organizzazione con cui la persona segnalante o colui che sporge denuncia all'autorità giudiziaria o contabile intrattiene un rapporto giuridico come previsto dal d.lgs. 24/2023, nonché gli elementi riguardanti condotte volte ad occultare tali violazioni;
g. "**Divulgazione pubblica**": Rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone;
h. "**Contesto lavorativo**": Le attività lavorative o professionali, presenti o passate, in ragione delle quali, indipendentemente dalla loro natura, un soggetto acquisisce informazioni sulle violazioni e nel cui ambito potrebbe rischiare di subire ritorsioni in caso di segnalazione o di divulgazione pubblica o di denuncia all'autorità giudiziaria o contabile. Deve, comunque, trattarsi di attività svolte dai soggetti che hanno instaurato con l'ente del settore pubblico uno di quei rapporti di natura lavorativa o professionale espressamente indicati dal legislatore nel D.lgs. n. 24/2023;
i. **"Indici sintomatici**": irregolarità e anomalie che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una violazione prevista nel decreto legislativo 10 marzo 2023, n.24;
j. "**Key code**": codice univoco generato automaticamente dalla piattaforma in uso all'Amministrazione per segretare la segnalazione.

**Art.3 – Scopo**

Scopo delle Linee guida è quello di dettare una compiuta regolamentazione in materia di segnalazioni di condotte illecite pervenute all'Azienda Sanitaria Locale Caserta, prevedere le modalità operative e i soggetti

destinatari e definire il possibile contenuto ed oggetto della segnalazione e i compiti conseguenti per le Strutture aziendali ed i Responsabili delle strutture interessate dalla segnalazione.

La finalità è altresì quella di garantire la concreta ed effettiva attuazione delle tutele previste dalla legge per i dipendenti che consentono l'emersione di eventuali irregolarità o illeciti commessi in Azienda, permettendo di adottare tempestivamente le misure organizzative necessarie.

**Art.4 - Ambito soggettivo di applicazione (art. 3 del d.lgs. 24/2023)**

Le tutele previste dalla normativa vigente si applicano, anche in ottemperanza alle novità normative introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n.24:

1. Ai dipendenti a tempo determinato o indeterminato dell'Azienda;
2. Ai lavoratori e collaboratori di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda;
3. Lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
4. Collaboratori, liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso l'Azienda;
5. Volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti;
6. Persone con funzione di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza (es. componenti degli Organismi Interni di Valutazione).

Le informazioni sulle violazioni devono essere apprese nel contesto lavorativo del segnalante, del denunciante o di chi divulga pubblicamente e devono riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.
La tutela è riconosciuta, oltre ai soggetti suddetti che effettuano segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche, anche a quei soggetti che potrebbero essere destinatari di ritorsioni, intraprese anche indirettamente, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, o del particolare rapporto che li lega al segnalante o denunciante.
Rientrano nelle figure tutelate, in particolare:

1. **Il facilitatore** o meglio la persona fisica che assiste il segnalante, denunciate o chi effettua una divulgazione pubblica, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui identità deve essere mantenuta riservata. A titolo esemplificativo, il facilitatore potrebbe essere il collega dell'ufficio del segnalante;
2. **Persone del medesimo contesto lavorativo** del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica e che sono legate ad esso da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado. Proprio in ragione di tale rete di rapporti e relazioni interpersonali, più persone potrebbero essere a rischio di subire ritorsioni in ragione della segnalazione effettuata nel medesimo contesto lavorativo. Presupposto per l'applicazione delle tutele in tali casi è l'esistenza di uno stabile legame affettivo (ad esempio di convivenza) o di parentela entro il quarto grado con il whistleblower;
3. **Colleghi di lavoro** che lavorano nel medesimo contesto lavorativo e hanno con il soggetto segnalante, denunciate o che effettua una divulgazione pubblica un rapporto abituale e corrente.

La tutela di tutti i soggetti elencati si applica non soltanto se la segnalazione avviene in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche durante il periodo di prova e anteriormente o successivamente alla cessazione del rapporto se, rispettivamente, le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali ovvero nel corso del rapporto di lavoro.

**Art.5 - Ambito oggettivo di applicazione (art. 1 e art. 2 del D.Lgs.24/2023)**

Il presente regolamento disciplina la protezione dei dipendenti (whistleblower) che segnalano violazioni di disposizioni nazionali/europee/aziendali che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Azienda, di cui di cui il soggetto sia venuto a conoscenza in occasione e/o a causa dello svolgimento delle sue mansioni, seppure in modo causale. In particolare, il legislatore specifica che le informazioni sulle violazioni devono

riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nell'ambito del contesto lavorativo. Il presupposto per effettuare una segnalazione è l'esistenza di una relazione qualificata tra il segnalante e l'Azienda, che riguarda attività lavorative professionali presenti o anche passate.

Possono essere segnalate, inoltre, anche le violazioni non ancora commesse che il whistleblower, ragionevolmente, ritiene potrebbero essere effettuate sulla base di elementi concreti (indici sintomatici).
Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune condotte che potrebbero essere oggetto di segnalazione:

1-Irregolarità e utilizzo distorto del potere discrezionale nell'ambito di procedure di affidamento di contratti pubblici;
2-Accessi indebiti agli applicativi informatici;
3-Utilizzo improprio di istituti di tutela del dipendente (malattia, permessi sindacali, congedi ecc.);
4-Irregolarità nell'attestazione delle presenze in ufficio;
5-Irregolarità nello svolgimento di procedimenti amministrativi che comportano uno scorretto utilizzo dell'esercizio del potere discrezionale a fini meramente privati, in contrasto con il fine pubblico;
6-Rapporti e frequentazioni inopportune tra dipendenti e soggetti esterni (contribuenti, utenti, consulenti, collaboratori, fornitori, operatori economici, ecc.) per il raggiungimento di fini privati mediante l'abuso della posizione pubblica attribuita;
7-Autorizzazione e liquidazione indebita di spese relative al personale;
8-Favoritismi;
9-False dichiarazioni;
10-Mancato rispetto dei tempi procedimentali;
11-Procedure concorsuali non trasparenti;
12-Violazione delle norme sulla sicurezza del lavoro.

Sono escluse dall'applicazione della normativa le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico.
La violazione segnalabile non può consistere in una mera irregolarità (es. comportamenti impropri da parte di un funzionario pubblico). Tuttavia, le irregolarità possono costituire "elementi concreti" (indici sintomatici) tali da far ritenere al segnalante che potrebbe essere commessa una violazione prevista dal decreto. Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già di dominio pubblico nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni non attendibili (cd. voci di corridoio).

**Art. 6 - Segnalazioni anonime**

Le segnalazioni dalle quali non è invece possibile ricavare l'identità del segnalante sono considerate anonime. Le segnalazioni anonime, ove circostanziate, sono equiparate a segnalazioni ordinarie e conseguentemente, per quanto compatibile, sono trattate applicando la presente procedura.
Non può essere pertanto, ignorata una segnalazione qualificata e ben circostanziata, fermo restando che durante le fasi di accertamento non si avrà l'onere di tutelare un soggetto che ha scelto di non rivelare la propria identità. Nei casi di segnalazione e denuncia anonima, la persona, successivamente identificata, che abbia subito ritorsioni, può beneficiare delle misure di protezione per le ritorsioni (art. 16 del D.lgs. 24/23).

**Art. 7 - Elementi e caratteristiche delle segnalazioni**

La segnalazione deve contenere tutti gli elementi utili ad accertare la fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione, onde consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute verifiche.
In particolare, la segnalazione deve contenere:
-le generalità del soggetto che effettua la segnalazione, la denuncia o la divulgazione pubblica con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'Ente;

-una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione, indicando luogo e tempo in cui i fatti si sono svolti;
-l'autore del fatto (indicando i dati anagrafici, se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento utile all'identificazione);
-eventuali altri soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo;
-eventuali documenti e/o ogni altra informazione che possano confermare la fondatezza dei fatti esposti.
-In calce alla segnalazione deve essere apposta la data e la firma del segnalante.
Si ricorda che non possono essere prese in considerazione le segnalazioni prive degli elementi ritenuti essenziali, quali la descrizione dei fatti, quelle accompagnate da una descrizione tale da non consentire la comprensione dei fatti segnalati o corredate da documentazione non appropriata o inconferente.
**Qualora il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, l'invio della presente segnalazione non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria (o ad altre autorità che abbia obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria) i fatti penalmente rilevanti di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.**
Resta fermo che, laddove il soggetto denunci un reato all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 361 o 362 c.p. (obbligo di denuncia per i reati punibili d'ufficio) e poi venga discriminato per via della segnalazione, potrà beneficiare delle tutele dalle misure ritorsive previste dal D.lgs. n. 24/2023.
Parte II - Canali e modalità di presentazione delle segnalazioni

**Art. 8 - Canale di segnalazione interna (art. 4 del D.Lgs.24/2023)**

Il legislatore con l'intento, da un lato, di favorire una cultura della buona comunicazione e della responsabilità sociale d'impresa all'interno delle organizzazioni e, dall'altro, di fare in modo che i segnalanti, facendo emergere atti, omissioni e condotte illecite, contribuiscano significativamente al miglioramento della propria organizzazione, ha previsto l'istituzione presso ciascuna amministrazione di un canale interno di segnalazione degli illeciti che possono essere identificati come "whistleblowing".

L'Azienda, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente ha attivato un canale interno telematico per la trasmissione e la gestione delle segnalazioni, raggiungibile al seguente link: *https://whistleblowing.aslcaserta.it/#/*

La Piattaforma adottata, già in uso all'ANAC, consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per il Responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza (RPCT), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità.
Ciò è possibile, grazie all'utilizzo di un protocollo di crittografia che garantisce il trasferimento di dati in totale riservatezza. Le segnalazioni, infatti, vengono segregate dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato automaticamente dal predetto sistema ("key code"), potrà comunicare con il RPCT senza essere identificabile.
Il sistema di crittografia, come previsto dalle recenti modifiche normative introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, tutela la riservatezza non solo della persona segnalante, ma anche del facilitatore, delle persone coinvolte, dei soggetti menzionati nella segnalazione, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.
La gestione della segnalazione è affidata al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT). L'attività del gestore è di seguito sintetizzata:
-Rilascia al segnalante un avviso di ricevimento della segnalazione, entro sette giorni dalla ricezione;
-Mantiene le interlocuzioni con la persona segnalante;
-Dà un corretto riscontro alle segnalazioni ricevute;
-Fornisce un riscontro alla persona segnalante.
Qualora la segnalazione interna sia presentata ad un soggetto diverso dal RPCT, laddove il segnalante dichiari espressamente di voler beneficiare delle tutele in materia whistleblowing o tale volontà sia desumibile dalla segnalazione, quest'ultima va trasmessa, entro sette giorni dal suo ricevimento, al soggetto interno competente (RPCT), dando contestuale notizia della trasmissione alla persona segnalante. Il soggetto che ha erroneamente ricevuto la segnalazione deve mantenere la riservatezza sulla segnalazione ricevuta, sul

contenuto, sulla relativa documentazione e in particolare sull'identità del segnalante, della/e persone coinvolta/e o comunque menzionata/e nella segnalazione e di qualsiasi altra informazione conosciuta con la medesima, conservando la segnalazione in busta chiusa dentro un apposito raccoglitore, archiviato in un armadio chiuso a chiave, sino al momento della trasmissione a mani proprie al RPCT.
Diversamente, se il segnalante non dichiari espressamente di voler beneficiare delle tutele, o detta volontà non sia desumile dalla segnalazione, detta segnalazione è considerata quale segnalazione ordinaria.
In conformità con quanto previsto dalla normativa:
-L'Amministrazione ha pubblicato sul sito istituzionale sezione "Amministrazione trasparente – Altri contenuti" una sezione dedicata alla segnalazione degli illeciti, raggiungibile al seguente link: **https://www.aslcaserta.it/index.php/whistleblowing/.**
Nella sezione sono indicate le informazioni utili per un corretto utilizzo del canale interno ed esterno di segnalazione;
-L'Amministrazione consente che la segnalazione avvenga con canali alternativi, ed in particolare, in forma scritta con l'invio di una pec o in forma orale attraverso appuntamento con il RPCT, precedentemente programmato su richiesta della persona segnalante.
La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:
a) **mediante invio all'indirizzo di posta elettronica trasparenza@aslcaserta.it** In tal caso, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT);
b) **a mezzo servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione**. In tal caso, per garantire la riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse:
c) la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento (Modulo A);
d) la seconda con i dati relativi alla segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione (Modulo B);
e) entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all' esterno la dicitura "Riservata – Whistleblowing" ed indirizzata al RPCT. Tali comunicazioni verranno acquisite al protocollo generale dell'Azienda, con l'opzione "riservata", tramite scansione e registrazione solo dell'involucro esterno, che verrà poi trasmesso senza ritardo al RPCT;
c) in forma orale, su richiesta della persona segnalante, mediante un **incontro diretto con il RPCT** fissato entro un termine di sette giorni dalla richiesta. In tal caso la segnalazione, previo consenso della persona segnalante, è documentata a cura del RPCT mediante verbale.
Ciascuna segnalazione sarà annotata in apposito registro tenuto dal RPCT e ad essa verrà assegnato, anche ai fini della successiva trattazione, un codice identificativo alfa-numerico.
In caso di conflitto di interessi, anche solo apparente o potenziale, il RPCT si astiene dalla trattazione dell'evento, ne dà comunicazione al Direttore Generale e inoltra la segnalazione ricevuta all'ANAC.

**Art.9 - Canale di segnalazione esterno presso ANAC (art. 7 del d.lgs.24/2023)**
Fermo restando la preferenza per il canale interno di segnalazione, il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, prevede che i dipendenti del settore pubblico possono effettuare segnalazione tramite un **canale esterno** gestito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).
Le condizioni per ricorrere al canale esterno presso ANAC sono le seguenti:
-Canale interno non attivato o attivato, ma non conforme a quanto previsto dal legislatore in merito ai soggetti e alle modalità di presentazione delle segnalazioni;
-È già stata effettuata una segnalazione interna, ma non ha avuto seguito;
-Il segnalante ha fondati motivi per ritenere che se effettuasse una segnalazione interna alla stessa non sarebbe dato efficace seguito o questa potrebbe determinare rischio di ritorsione;
-Il segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.
La segnalazione può essere attuata seguendo le indicazioni pubblicate sul sito della stessa Autorità al link: *https://whistleblowing.anticorruzione.it*

**Art.10 - La divulgazione pubblica (art. 15 D.Lgs.24/2023)**

Il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, ha introdotto un'ulteriore modalità di segnalazione consistente nella divulgazione pubblica. Si tratta del caso in cui le informazioni sulle violazioni sono rese di pubblico dominio tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque attraverso mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone.
Le condizioni per poter effettuare una divulgazione pubblica sono:
-L'assenza di riscontro ad un segnalazioni interna alla quale abbia fatto seguito una segnalazione ANAC la quale, a sua volta, non ha avuto riscontro entro termini ragionevoli;
-L'assenza di riscontro ad una segnalazione ad ANAC entro termini ragionevoli;
-Fondati motivi di ritenere sulla base delle circostanze concrete che la violazione possa rappresentare un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
-Fondati motivi di ritenere che la segnalazione possa comportare il rischio di ritorsioni oppure non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte le prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

**Art.11 – Segnalazione all'Autorità Giudiziaria**

Le segnalazioni di illecito possono essere inoltrate anche alle Autorità Giudiziarie.
Come già ribadito, qualora il whisleblower rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, anche laddove lo stesso abbia effettuato una segnalazione attraverso i canali interni o esterni, ciò non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale (art.331 c.p.p. e artt. 361 e 362 c.p.).
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione rilascia alla persona segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione e valuta preliminarmente i requisiti essenziali di ammissibilità verificando, in sede istruttoria, la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione attraverso ogni attività che si ritiene opportuna, compresa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati, chiedendo documenti e informazioni ulteriori nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza. Laddove è necessario può anche acquisire atti e documenti da altri uffici dell'amministrazione e avvalersi del loro supporto.
<u>La segnalazione è considerata inammissibile per:</u>
-Manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare accertamenti;
-Contenuto generico tale da non consentire la comprensione dei fatti, ovvero la segnalazione è corredata da documentazione non appropriata o inconferente;
-Produzione di sola documentazione in assenza della segnalazione di violazione;
-Mancanza dei dati che costituiscono elementi essenziali (vedi par. 5) della segnalazione di cui al modello di segnalazione allegato alla presente procedura.
Il termine per l'esame preliminare della segnalazione, da cui consegue l'avvio dell'istruttoria, è di quindici giorni lavorativi che decorrono dalla data di ricezione della segnalazione. Successivamente il RPTC avvia l'istruttoria interna sui fatti o sulle condotte segnalate per valutare la sussistenza degli stessi, fornendo un riscontro alla persona segnalante dopo la chiusura dell'istruttoria.
Il riscontro deve essere effettuato entro il termine di tre mesi dalla ricezione della segnalazione e può consistere:
-nella comunicazione dell'archiviazione adeguatamente motivata;
-nell'avvio di un'inchiesta interna ed eventualmente nelle relative risultanze;
-nel rinvio a un'autorità competente per ulteriori indagini.
Nella attività di gestione e verifica della fondatezza della segnalazione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali competenti e all'occorrenza formalmente individuate, e - se necessario - degli organi di controllo esterni all'Azienda. Non spetta al RPCT accertare responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano, né svolgere controlli di legittimità e di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione. Le strutture aziendali, coinvolte nella fase istruttoria sono tenute agli stessi vincoli di riservatezza ed alle stesse responsabilità cui è sottoposto il RPCT.
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvederà, in relazione alla natura della segnalazione, a trasmettere l'esito dell'accertamento per approfondimenti istruttori o per l'adozione dei provvedimenti di competenza:

a) all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché al Responsabile dell'unità organizzativa di appartenenza dell'autore della violazione, affinché sia espletato, ove ne ricorrano i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare;
b) alla Direzione Generale dell'Azienda, per le ulteriori eventuali azioni che si rendano necessarie a tutela dell'Azienda;
c) se del caso, all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti e all'ANAC.
Tuttavia, occorre precisare che il medesimo riscontro, da rendersi nel termine di tre mesi, può anche essere meramente interlocutorio, poiché possono essere comunicate le informazioni relative a tutte le attività sopra descritte che si intende intraprendere e lo stato di avanzamento dell'istruttoria.
È importante consentire al segnalante di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria, fornendo informazioni sullo stato di avanzamento.
La persona segnalata può essere sentita, anche dietro sua richiesta, mediante procedimento cartolare attraverso l'acquisizione di osservazioni scritte e documenti. Tale soggetto non ha il diritto di essere sempre informato della segnalazione che lo riguarda, ma solo nell'ambito del procedimento eventualmente avviato nei suoi confronti a seguito della conclusione della gestione della segnalazione e nel caso in cui tale procedimento sia fondato in tutto o in parte sulla segnalazione (art. 12, co. 9, del D.lgs. 24/2023).

**Parte III – Tutele e misure di sostegno**

**Art.12 – Tutela della riservatezza**
L'identità della persona segnalante, facilitatore, della persona coinvolta e della persona menzionata dalla segnalazione, non possono essere rivelate senza il consenso espresso delle stesse, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni. Non posso essere rivelate, inoltre, le informazioni da cui può evincersi direttamente o indirettamente tali identità.
La riservatezza viene garantita anche nel caso di segnalazioni - interne o esterne - effettuate in forma orale.
Il divieto di rivelare l'identità del segnalante, o altro soggetto tutelato, è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante ma anche a qualsiasi altra informazione o elemento della segnalazione, ivi inclusa la documentazione ad essa allegata, dal cui disvelamento si possa dedurre direttamente o indirettamente l'identità.
In due casi espressamente previsti dal decreto, per rivelare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati, oltre al consenso espresso degli stessi, si richiede anche una comunicazione scritta delle ragioni di tale rivelazione:
-nel procedimento disciplinare laddove il disvelamento dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa del soggetto a cui viene contestato l'addebito disciplinare;
-nei procedimenti instaurati in seguito a segnalazioni interne o esterne laddove tale rivelazione sia indispensabile anche ai fini della difesa della persona coinvolta.
Qualora la contestazione dell'illecito disciplinare sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso espresso del segnalante alla rivelazione della sua identità.
L' UPD valuta, su istanza dell'incolpato, se ricorrono i presupposti in ordine alla necessità di conoscere l'identità del segnalante ai fini del diritto di difesa, dando adeguata motivazione della sua decisione sia in caso di accoglimento dell'istanza, sia in caso di diniego. Il Responsabile UPD si pronuncia sull'istanza dell'incolpato entro 5 (cinque) giorni lavorativi dalla ricezione della stessa. Il Responsabile UPD in caso di accoglimento dell'istanza, informa il RPCT della decisione e della motivazione posta a suo fondamento, affinché provveda a darne comunicazione al segnalante, chiedendo allo stesso il consenso al disvelamento della sua identità.
In ogni caso è fatto divieto assoluto al RPCT ed agli soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione, di rendere nota, in assenza dei presupposti di legge, l'identità del segnalante al Responsabile UPD.
La tutela della riservatezza va garantita anche in ambito giurisdizionale e disciplinare, in particolare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati sono coperte:
-nell'ambito del procedimento penale dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale;

-nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti fino alla chiusura della fase istruttoria;
-nell'ambito del procedimento disciplinare se la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.
Si precisa inoltre che, con specifico riferimento alla divulgazione pubblica, la protezione della riservatezza non si applica nel caso in cui la persona segnalante abbia intenzionalmente rivelato la sua identità mediante, ad esempio, piattaforme web o social media.
Tutto il personale coinvolto nella gestione delle segnalazioni risulta regolarmente autorizzato al trattamento dei dati ed ha ricevuto un'adeguata e specifica formazione professionale volta ad accrescerne le competenze specialistiche in materia di normativa sulla protezione dei dati personali, sicurezza dei dati e delle informazioni nonché un'adeguata formazione professionale sulla disciplina del whistleblowing. Ai soggetti interessati (ad es. segnalanti, segnalati, persone interessate dalla segnalazione, facilitatori, ecc.), viene fornita apposita informativa sul trattamento dei dati personali mediante la pubblicazione sul sito web aziendale. I dati degli interessati sono conservati, in forma riservata e protetta, per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione, avendo cura di evitare il tracciamento di qualunque informazione che possa ricondurre all'identità o all'attività del segnalante. Il trattamento dei dati viene svolto in forma manuale e/o automatizzata nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR e in accordo col principio della privacy by design e della privacy by default.
La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non possono esercitare - per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione - i diritti che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati (il diritto di accesso ai dati personali, il diritto a rettificarli, il diritto di ottenerne la cancellazione o cosiddetto diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati personali e quello di opposizione al trattamento). Dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali (ai sensi dell'art. 77 dal Regolamento (UE) n. 2016/679). Resta ferma la possibilità per il soggetto segnalato, presunto autore dell'illecito, di esercitare i propri diritti con le modalità previste dall'art. 160 del D.lgs. n. 196/2003. La riservatezza dell'identità del segnalante tutelata ai sensi dell'art. 2 undicies, lett. f) del D.lgs. 196/2003 e s.m.i.

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare e dà luogo all'applicabilità di una sanzione amministrativa da parte di ANAC.

Nei casi in cui si renda necessario per il RPCT coinvolgere terzi soggetti (interni o esterni all'amministrazione) per le verifiche sui fatti segnalati, è comunque necessario tutelare la riservatezza del segnalante e degli altri soggetti tutelati, anche attraverso l'anonimizzazione dei dati.

Nel caso in cui si renda necessario trasmettere la segnalazione alle Autorità giudiziarie competenti, il RPCT avrà cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce la tutela della riservatezza ai sensi del D.lgs. n. 24/2023, tutelando pertanto la riservatezza dell'identità. Laddove detta identità venga successivamente richiesta dall'Autorità giudiziaria o contabile, il RPCT fornisce tale indicazione, previa notifica al segnalante. L'ANAC ritiene infatti che il segnalante debba essere preventivamente informato della eventualità che la sua segnalazione, nel rispetto della tutela della riservatezza della sua identità, potrà essere trasmessa alle Autorità giudiziarie, per i profili di rispettiva competenza.

I suddetti obblighi di riservatezza gravano altresì sugli altri soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione.

Sono tutelate anche l'identità della persona fisica segnalata, ovvero della persona alla quale la violazione è attribuita nella divulgazione pubblica (c.d. persona coinvolta). Pertanto, il titolare del trattamento adotta particolari cautele al fine di evitare la indebita circolazione di informazioni personali, non solo verso l'esterno, ma anche all'interno degli uffici dell'amministrazione in capo, eventualmente, a soggetti non autorizzati al trattamento di tali dati.

**Il divieto di ritorsione nei confronti del whistleblower (art. 17 del D.lgs. 24/2023).**

Nei confronti del soggetto che effettua una segnalazione ai sensi della presente procedura e nei confronti degli altri soggetti coinvolti, non è consentita alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria intesa come "qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o della divulgazione pubblica e che provoca o può provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto".

Esempi di ritorsioni, sebbene non a carattere esaustivo, così come previste dal d.lgs. n .24/2023, possono essere: il licenziamento, la sospensione o misure equivalenti; la retrocessione di grado o la mancata promozione; il mutamento di funzioni; il cambiamento del luogo di lavoro; la riduzione dello stipendio; la modifica dell'orario di lavoro; la sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa; le note di merito negative o le referenze negative, l'adozione di misure disciplinari o di altra sanzione, anche pecuniaria; la coercizione, l'intimidazione, le molestie o l'ostracismo; la discriminazione o comunque il trattamento sfavorevole; la mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione; il mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine; i danni, anche alla reputazione della persona, in particolare sui social media, o i pregiudizi economici o finanziari, comprese la perdita di opportunità economiche e la perdita di redditi; l'inserimento in elenchi impropri sulla base di un accordo settoriale o industriale formale o informale, che può comportare l'impossibilità per la persona di trovare un'occupazione nel settore o nell'industria in futuro; la conclusione anticipata o l'annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi; l'annullamento di una licenza o di un permesso; la richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.

La protezione accordata riguarda le ritorsioni che possono avere luogo nell'ambito del rapporto di lavoro e non anche quelle di altro tipo.

**Le condizioni per la tutela sono:**
-la convinzione ragionevole che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate o denunciate, siano veritiere e rientranti nell'ambito oggettivo di applicazione della normativa;
-la segnalazione o divulgazione pubblica è stata effettuata nel rispetto della disciplina prevista dal d.lgs. n. 24/2023;
-la necessità di un rapporto di consequenzialità tra segnalazione, divulgazione e denuncia effettuata e le misure ritorsive subite; non sono sufficienti invece i meri sospetti o le "voci di corridoio".
L'onere di provare che tali condotte o atti sono motivati da ragioni estranee alla segnalazione, alla denuncia o alla divulgazione pubblica e dunque non sono misure ritorsive, è a carico di colui che li ha posti in essere. Tale inversione dell'onere della prova non si applica ai facilitatori, alle persone del medesimo contesto lavorativo, ai colleghi di lavoro, agli enti di proprietà della persona segnalante, nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle predette persone.
Il lavoratore che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alle tutele sopra descritte, nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave. In caso di accertamento delle responsabilità, alla persona è anche irrogata una sanzione disciplinare.
L'adozione di misure ritenute ritorsive, devono essere comunicate in ogni caso all'ANAC oltre dai segnalanti, dai facilitatori, dalle persone del medesimo contesto lavorativo, dai colleghi di lavoro, anche dai soggetti

giuridici nei casi in cui siano enti di proprietà del segnalante, o enti in cui lavora o enti che operano nel medesimo contesto lavorativo.

È istituito inoltre presso l'ANAC l'elenco degli enti del terzo settore che forniscono alle persone segnalanti misure di sostegno. Le misure di sostegno consistono in informazioni, assistenza e consulenze a titolo gratuito sulle modalità di segnalazione e sulla protezione dalle ritorsioni offerta dalle disposizioni normative nazionali e da quelle dell'Unione europea, sui diritti della persona coinvolta, nonché sulle modalità e condizioni di accesso al patrocinio a spese dello Stato.

**La "giusta causa" di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto (art. 20 del D.lgs. 24/2023).**

All'insieme di tutele riconosciute al segnalante si deve aggiungere che la rivelazione effettuata dal whistleblower, perseguendo "l'interesse all'integrità della p.a. e alla prevenzione e repressione delle malversazioni nelle amministrazioni pubbliche e private", è intesa come "giusta causa" di rivelazione, escludendo l'integrazione dei reati di "rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio" (art. 326 c.p.), "rivelazione del segreto professionale" (art. 622 c.p.), "rivelazione dei segreti scientifici e industriali" (art. 623 c.p.). La rivelazione non integra, inoltre, la violazione delle disposizioni relative alla tutela del diritto d'autore, la violazione delle disposizioni relative alla protezione dei dati personali, la violazione delle disposizioni relative alla rivelazione o diffusione di informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta.
Il whistleblower non può essere accusato di violazione del dovere di fedeltà e di lealtà (art. 2105 c.c.).
Affinché l'esclusione delle responsabilità operi nei casi di diffusione di informazioni, devono ricorrere cumulativamente due condizioni:
1) fondati motivi, al momento della rilevazione o diffusione delle informazioni, per ritenere che tale rivelazione o diffusione è necessaria per svelare la violazione;
2) effettuare la segnalazione, la divulgazione pubblica o la denuncia nel rispetto delle condizioni che il legislatore ha previsto.

**Art. 13 - Pubblicazione**
La presente proceduta, in uno alla relativa modulistica, nonché l'informativa di cui all'art. 13 del GDPR sono pubblicati sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti".
**Parte IV – Le sanzioni**

**Art.14 – I poteri sanzionatori dell'ANAC**
L'ANAC, ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 10 marzo 2023, n.24 applica al responsabile le seguenti sanzioni amministrative pecuniarie:
1-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia commesso ritorsioni;
2-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia ostacolato la segnalazione o abbia tentato di ostacolarla;
3-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia violato l'obbligo di riservatezza di cui all'art. 12 del d.lgs. n. 24/2023. Restano salve le sanzioni applicabili dal Garante per la protezione dei dati personali per i profili di competenza in base alla disciplina in materia di dati personali;
4-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono stati istituiti canali di segnalazione; in tal caso responsabile è considerato l'organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
5-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono state adottate procedure per l'effettuazione e la gestione delle segnalazioni ovvero che l'adozione di tali procedure non è conforme a quanto previsto dal decreto; in tal caso responsabile è considerato l'organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
6-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non è stata svolta l'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute; in tal caso responsabile è considerato il gestore delle segnalazioni;

7- da 500 a 2.500 euro, quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità civile della persona segnalante per diffamazione o calunnia nei casi di dolo o colpa grave, salvo che la medesima sia stata già condannata, anche in primo grado, per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria.

**Allegati**

- MODULO A – DATI DEL SEGNALANTE
- MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN RELAZIONE ALLE SEGNALAZIONE DEL WHISTLEBLOWER EX ART. 13 REG. UE 2016/679 (GDPR) E VIGENTE NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO

**Regione Campania-ASL Caserta**
**Via Unità Italiana n.28 – 81100 Caserta**
**Direttore Generale - Dr. Amedeo Blasotti**

Al RPCT dell'Asl Caserta5

SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023
MODULO A – DATI DEL SEGNALANTE

| | |
|---|---|
| Nome del segnalante | |
| Cognome del Segnalante | |
| Codice fiscale | |
| Attuale qualifica di servizio | |
| Attuale unità organizzativa | |
| Qualifica di servizio all'epoca del fatto segnalato | |
| Unità organizzativa all'epoca del fatto segnalato | |
| Non si è ancora istaurato il rapporto giuridico con l'Azienda in qualità di: | |
| Si è sciolto il rapporto giuridico in qualità di: | |
| Telefono | |
| E-mail | |

Se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti compilare la seguente tabella:

| Soggetto | Data della segnalazione | Esito della Segnalazione |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

5 Nel caso in cui la segnalazione riguardi il RPCT, la segnalazione va inviata direttamente all'ANAC

| | | |
|---|---|---|
| Se no, segnalare i motivi per cui la segnalazione non è stata rivolta ad altri soggetti: | | |
| Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante.<br>Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000. | | |
| | | |
| Data | Firma del segnalante | |

Regione Campania-ASL Caserta
Via Unità Italiana n.28 – 81100 Caserta
Direttore Generale - Dr. Amedeo Blasotti

Al RPCT dell'Asl Caserta (x)

SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023
MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE

| | |
|---|---|
| Ente in cui si è verificato il fatto | |
| Periodo in cui si è verificato il fatto | |
| Data in cui si è verificato il fatto | |
| Luogo fisico in cui si è verificato il fatto | |
| Soggetto che ha commesso il fatto nome, cognome, qualifica. È possibile inserire anche più nomi. | |
| Eventuali soggetti privati coinvolti | |
| Eventuali imprese coinvolte | |
| Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto | |
| Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto: nome, cognome, qualifica, recapiti. | |
| Area a cui può essere riferito il fatto | |
| Settore cui può essere riferito il fatto | |

Descrizione del fatto:

La condotta è illecita perché:

Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante.
Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.

| | |
|---|---|
| Data | Firma del segnalante |

(x) Nel caso in cui la segnalazione riguardi il RPCT, la segnalazione va inviata direttamente all'ANAC

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN RELAZIONE ALLE
SEGNALAZIONE DEL WHISTLEBLOWER
EX ART. 13 REG. UE 2016/679 (GDPR) E VIGENTE NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO

Il Regolamento UE 679/2016 ("GDPR") e la vigente normativa italiana di riferimento regolano la protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza ed impone una serie di obblighi in capo a chi tratta informazioni riferite ad altri soggetti.
Nel rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 13 GDPR sulla necessità di informare gli interessati e fornire le informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente dei dati personali, si fornisce la presente informativa. Il Titolare si riserva il diritto di apportarvi modifiche in qualsiasi momento, dandone informazione agli interessati sul proprio sito web

## Definizioni

Il GDPR intende come "**dati personali**", qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile (" interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.
Il GDPR intende come "**categorie particolari di dati personali**", quelli idonei a rivelare: lo stato di salute, l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose e filosofiche, l'appartenenza sindacale, o quelli relativi a dati genetici, biometrici, alla vita sessuale, all'orientamento sessuale della persona o dati giudiziari.
Il GDPR intende come "**trattamento**": qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

## Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, con sede in Caserta, nella persona del Direttore Generale e legale rappresentate pro tempore. I recapiti del Titolare sono i seguenti:
*Azienda Sanitaria Locale di Caserta – Asl di Caserta*
*Via Unità Italiana, 28 – 80100 Caserta (CE)*
*protocollo@pec.aslcaserta.it. – privacy@aslcaserta.it.*

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito istituzionale: *www.aslcaserta.it/privacy/* .

## Data protection officer

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (anche noto come Data Protection Officer, "DPO") è stato designato dal Titolare ed è contattabile ai seguenti indirizzi: dpo@aslcaserta.it.

### Base giuridica del trattamento

I dati personali sono trattati dal Titolare in osservanza a quanto previsto dal D.Lgs. 24/2023, attraverso personale aziendale competente, nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, con particolare riferimento alle attività connesse alla gestione delle segnalazioni ed accertare eventuali illeciti denunciati nell'interesse dell'integrità dell'Azienda (attività di whistleblowing). Il trattamento dei dati personali per le attività di whistleblowing avviene attraverso un canale di segnalazione interno gestito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed è da considerarsi lecito in base agli articoli del GDPR seguenti:
-Obbligo legale (art. 6 par. 1 lett. c));
-Interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. e));
-Obblighi in materia di diritto del lavoro (art. 9 par. 2 lett. b));
-Interesse pubblico generale (art. 9 par. 2 lett. g));
-Dati relativi a condanne penali e reati (art. 10).

## Tipologia di dati trattati e finalità del trattamento

Sono trattati i dati identificativi e particolari del segnalante, delle persone coinvolte e delle persone comunque menzionate nella segnalazione, nonché i dati contenuti nella segnalazione e nella relativa documentazione, al fine di rappresentare le presunte condotte illecite delle quali il segnalante sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di servizio con il Titolare commesse dai soggetti che a vario titolo interagiscono con il medesimo.
La tutela dei dati personali va assicurata non solo alla persona segnalante o denunciante ma anche agli altri soggetti cui si applica la tutela della riservatezza, quali il facilitatore, la persona coinvolta e la persona menzionata nella segnalazione in quanto "interessati" dal trattamento dei dati.

## Modalità di trattamento e conservazione

I dati saranno trattati esclusivamente da parte del personale istruito ed autorizzato, che ne abbia disponibilità a causa della propria mansione o posizione gerarchica nell'ambito della unità organizzativa competente nel pieno rispetto della normativa europea e nazionale richiamata, tenendo in dovuta considerazione il principio di minimizzazione del dato. Il trattamento dei dati personali

avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici. Il trattamento sarà svolto in forma manuale e/o automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR.
I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati, ovvero per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione

Destinatari del trattamento

Sono destinatari dei dati raccolti a seguito della segnalazione, se del caso, l'ANAC e le eventuali ulteriori autorità competenti.
I dati personali raccolti sono altresì trattati dal personale del Titolare, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo.

Diritti dell'interessato

Per esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 a 22 del GDPR, l'interessato potrà rivolgersi all'Azienda, presentando istanza al protocollo generale. L'interessato ha il diritto di accedere in qualunque momento ai dati che lo riguardano. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti, la revoca del consenso prestato, la portabilità dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà altresì formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei dati nella quale dare evidenza delle ragioni che giustifichino l'opposizione. L'Azienda ha, per legge, un termine di un mese per il riscontro delle richieste.
L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito, salvo eventuali costi per la riproduzione. La relativa modulistica è disponibile on line all'indirizzo www.aslcaserta.it/privacy/.
L'Azienda ha il diritto di chiedere informazioni necessarie al fine dell'identificazione del richiedente.
È fatta salva la possibilità di proporre reclamo all'Autorità di controllo ai sensi dell'art.77 GDPR o ricorso all'autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 140-bis del Codice in materia di protezione dati personali, così come modificato dal D.lgs. n.101/2018.
La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non può esercitare – per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata – i diritti di cui sopra che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati, nella misura in cui dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali

Data IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

## *Utilizzo degli esiti del monitoraggio per la successiva programmazione*

In merito all'attività di monitoraggio delle misure in materia di prevenzione della corruzione, in virtù degli esiti e dei riscontri molto generici trasmessi dai Responsabili delle singole Strutture destinatarie delle misure, è stato ritenuto indispensabile inserire correttivi nel redigendo PIAO.
In primo luogo, occorre evidenziare che soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi) come nel caso di questa Azienda, il monitoraggio in capo al solo RPCT potrebbe non essere facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, sono stati previsti sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.
**Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che hanno la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura,** in ogni caso lo stato dell'arte in ordine all'attuazione della misura di prevenzione deve risultare da evidenze documentali e comportamentali. Con riferimento alle modalità di verifica, **il RPCT,** tramite il proprio staff e tramite i Referenti per l'Anticorruzione e per la Trasparenza, **controllerà la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta**.
Poiché questo sarà tanto più agevole quanto più saranno state correttamente programmate le misure all'interno del Piano, sono stati inseriti indicatori ben definiti e puntuali, numerici, spalmati nel triennio (2025/2027).
L'art.1 della Legge 190/2012 ha individuato alcune aree di rischio ritenute comuni a tutte le amministrazioni, ed in particolare:

- **Concorsi e prove selettive** per l'assunzione del personale e **progressioni di carriera** di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n. 150 del 2009;
- **Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi**, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;
- **Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici** di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- **Autorizzazione o concessione**.
-

### Aree di rischio generali

Rientrano nelle **aree di rischio generali**, come già indicato nella Legge 190/2012:

- **Contratti pubblici** (Definizione dell'oggetto dell'affidamento; individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; requisiti di qualificazione; requisiti di aggiudicazione; valutazione delle offerte; verifica dell'eventuale anomalia delle offerte; procedure negoziate; affidamenti diretti; revoca del bando ecc.)
- **Personale** (reclutamento, progressioni di carriera, conferimento incarichi di collaborazione);
- **Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**.

Rientrano, invece, nelle **aree di rischio specifiche**:

- **Attività libero professionali e liste di attesa**;
- **Rapporti contrattuali con privati accreditati**;
- **Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni**.
- **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.**

### Aree di rischio Contratti Pubblici

Nel corso del 2023 la disciplina dei contratti pubblici è stata interessata da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne significativamente l'assetto.
L'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 (data di entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D.Lgs.36/2023) determina la seguente tripartizione:
a) procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
b) procedure di affidamento avviate dal 1°luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
c) procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.
**In materia di prevenzione dei rischi corruttivi l'ANAC (Del. 605 del 19 dicembre 2023)** fornisce le seguenti precisazioni:
*1. si applica il PNA 2022 a tutti i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023, ivi inclusi i contratti PNRR;*
*2. si applica il PNA 2022 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229);*
*3. si applica il PNA 2022 ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023;*
*4. si applica l'Aggiornamento 2023 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3.*
Sono di seguito individuate le possibili criticità nelle diverse fasi del ciclo di vita dell'appalto:

**Nella fase di affidamento:**

- possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da non superare i valori economici che consentono gli affidamenti diretti;
- è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da eludere le soglie economiche fissate per la qualificazione delle stazioni appaltanti;
- può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti affidatari, al di fuori dei casi di cui all'articolo 49, comma 5, del Codice, disattendendo la regola generale dei "due successivi affidamenti";
- per quanto riguarda il c.d. "appalto integrato", consentito per tutte le opere ad eccezione della manutenzione ordinaria, si potrebbero avere proposte progettuali elaborate più per il conseguimento degli esclusivi benefici e/o guadagni dell'impresa piuttosto che per il soddisfacimento dei bisogni collettivi, tali da poter determinare modifiche/varianti, sia in sede di redazione del progetto esecutivo sia nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi e tempi di realizzazione;
- si potrebbe avere un aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, anche a "cascata", come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara.

**Nella fase di esecuzione**:

- si potrebbero osservare comportamenti corruttivi ricorrendo alle modifiche e alle varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni, a danno anche della qualità della prestazione resa, in assenza dei controlli previsti dal nuovo Codice e dei vincoli imposti dalla disciplina di settore;
- è possibile il rischio connesso all'omissione di controlli in sede esecutiva da parte del RUP, del DL o del DEC sul corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice.

**Le misure che vengono adottate per mitigare il rischio corruttivo in materia di appalti pubblici sono:**

- **misure di trasparenza**: tracciabilità informatica degli atti, aggiornamento periodico degli elenchi degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate e negli affidamenti diretti, puntuale esplicitazione nelle decisioni a contrarre delle motivazioni della procedura di affidamento;
- **misure di controllo**: verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedimentali, 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;
- **misure di regolazione**: circolari esplicative recanti anche previsioni comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto, al fine di indirizzare comportamenti in situazioni analoghe e per individuare quei passaggi procedimentali che possono dar luogo ad incertezze;
- **misure di organizzazione:** ad es. rotazione del personale, formazione specifica dei RUP e del personale
- **utilizzo di check list** per le diverse tipologie di affidamento: si tratta di strumenti operativi che consentono sia un controllo di primo livello da parte dei soggetti chiamati a redigere la documentazione della procedura di affidamento, al fine di guidare la compilazione degli atti e la loro conformità con la normativa comunitaria e nazionale, sia un controllo successivo di supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi (ufficio contratti, RPCT, controlli interni ecc.)
- **stipula di patti di integrità**: con previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, di accettazione degli obblighi, in capo all'affidatario, ad adottare le misure antimafia e anticorruzione ivi previste in sede di esecuzione del contratto.

## La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023

Con riferimento a tutte le indicate procedure di affidamento, **l'Autorità ha fornito puntuali indicazioni anche sui diversi regimi di trasparenza da attuare**, in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato dell'esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023.

Nella Deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che **gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti**:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

La trasparenza dei contratti pubblici è governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che sono stati ripartiti(anche all'interno di Amministrazione Trasparente) nelle seguenti fattispecie:

**a) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.**

**b) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.**

**c) Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1°gennaio 2024.**

| Riferimento Normativo | Contenuto dell'obbligo |
|---|---|
| **Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023.** | 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 01.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023** | 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 01.01.2024** | 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. |

*Tab.97 La trasparenza per i contratti pubblici nel periodo transitorio e a regime*

Per questa tipologia di contratti, i dati, documenti e informazioni, vengono pubblicati nella sezione del sito istituzionale "Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti" avviene secondo le indicazioni dell'Allegato 9 al PNA 2022.Rimane ferma anche la pubblicazione tempestiva, quindi per ogni procedura di gara, dei dati elencati all'art. 1, co. 32 della legge 190/2012, con esclusione invece delle tabelle riassuntive in formato digitale standard aperto e della comunicazione ad ANAC dell'avvenuta pubblicazione dei dati e della URL.

### 4.2.6.3 Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023

Per questa fattispecie, occorre far riferimento alla Delibera n.582 del 13.12.2023 "Adozione comunicato relativo avvio processo di digitalizzazione", adottata dall'ANAC d'intesa con il MIT. La delibera prevede che, l'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31.12.2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog . Per le procedure avviate fino al 31/12/2023 e non concluse entro la stessa data, vengono pubblicati nella sezione del sito istituzionale *"Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti*" gli atti e i documenti individuati dall'allegato 1 alla delibera ANAC n. 264/2023 e ss.mm.ii.. Nel caso in cui i suddetti atti e documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, è sufficiente venga indicato nella sezione del sito istituzionale *"Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti*" il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

### 4.2.6.4 Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1.01.2024, valgono le disposizioni contenute nella Delibera ANAC n.264 del 20 giugno 2023, come integrate con Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023.

- **Nell'Allegato 2 del presente PIAO viene riportata la sez. Bandi di gara e contratti con indicazione degli obblighi di pubblicazione valevoli per gli avvisi e i bandi pubblicati dal 1° gennaio 2024.**

**I dati rimangono pubblicati in BDNCP e sui siti istituzionali delle amministrazioni per un periodo di almeno cinque anni.**

In caso di mancata pubblicazione (in BDNCP e sul sito istituzionale) si applica la disciplina dell'accesso civico di cui all'art.5 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.

La richiesta di accesso civico deve essere presentata al RPCT al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all'elaborazione o trasmissione dei dati. Qualora, invece, sia accertato che la stazione appaltante abbia effettivamente trasmesso i dati alla banca nazionale, la richiesta di accesso deve essere effettuata al RPCT dell'ANAC. Alla scadenza dei termini previsti per la pubblicazione, cinque anni, le

stazioni appaltanti devono conservare i dati ai fini di consentire l'esercizio dell'accesso civico generalizzato, di cui all'art.5 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.
***Sono responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, i Direttori/Responsabili di tutte le strutture aziendali competenti in materia di programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché di espletamento di procedure di appalto. L'inadempimenti degli obblighi di pubblicazione, anche parziale, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale, a norma dell'art. 46 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.***

## *4.2.6.5 Il RUP*

Tra le novità più discusse del nuovo Codice dei Contratti pubblici vi sono le modifiche alla figura del RUP, che da Responsabile Unico di Procedimento ex. art. 31 del D.Lgs. 50/2016 diventa **Responsabile Unico di Progetto**. Il ruolo di RUP è ora assimilabile a quello di un project manager.

**Nomina**
Il RUP deve essere individuato dall'Ente concedenti "nel primo atto di avvio dell'intervento pubblico" (art. 15, co. 1):

- Il nominativo va indicato nel bando, nell'avviso di indizione della gara, oppure nell'invito a presentare offerta o provvedimento di affidamento diretto;
- può essere un dipendente assunto anche a tempo determinato;
- non è obbligatorio che sia in possesso di una qualifica dirigenziale;
- il dipendente nominato non può rifiutare l'ufficio di RUP.

**Responsabilità**
Ai sensi dell'art. 15, comma 5, del D.Lgs. 36/2023, la funzione primaria del Responsabile Unico di Progetto è quella di assicurare "***il completamento dell'intervento pubblico*** nei termini previsti e nel rispetto degli obiettivi connessi al suo incarico", in attuazione del principio del risultato di cui all'art. 1, rispettando le tempistiche preventivate, il livello di qualità richiesto e la manutenzione programmata, oltre a vigilare sul rispetto delle norme di sicurezza e salute dei lavoratori.
Su questa figura ricade quindi la responsabilità di **dirigere e coordinare le 4 fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione per ogni procedura soggetta al Codice**, ferma restando la possibilità di avvalersi di una struttura di supporto e di Responsabili di procedimento a cui delegare specifici compiti operativi per ciascuna fase.
**Requisiti**
In linea generale, il RUP deve essere in possesso di **competenze professionali adeguate al processo realizzativo dell'appalto di lavori, servizi o forniture di cui è incaricato**, e deve tenere aggiornata con costanza la propria formazione.
Con l'allegato I.2, il Codice introduce tuttavia la **possibilità di designare un RUP privo delle prerogative richieste**: in questo caso la Stazione Appaltante provvederà ad affiancare al Responsabile una struttura di supporto che compensi i requisiti carenti.
**Requisiti specifici per i contratti di lavoro:**
Esperienza di almeno 1 anno per i contratti di importo inferiore a 1.000.000 di euro;
esperienza di almeno 3 anni per i contratti di importo pari o superiore a 1.000.000 di euro e inferiore alla soglia UE (specificata all'art. 14);
esperienza di almeno 5 anni per i contratti di importo pari o superiore alla soglia UE.
**Requisiti specifici per i contratti di servizi e forniture:**
Esperienza di almeno un anno per gli importi inferiori alla soglia UE;
Esperienza di almeno 3 anni per gli importi pari o superiori alla soglia UE.

Per le procedure di affidamento di particolare complessità, la Stazione Appaltante può richiedere ulteriori requisiti al RUP, come ad esempio il possesso di un titolo di laurea magistrale.
**I compiti dei responsabili di procedimento**

Il comma 4 dell'art. 15 prevede la possibilità di **nominare responsabili di procedimento per ognuna delle fasi dell'appalto,** creando un vero e proprio modello organizzativo ad hoc sotto diretta responsabilità del RUP.

**Le relazioni del RUP con DEC e DL nella fase esecutiva del contratto**

DL e DEC rappresentano il trait d'union tra il RUP e la ditta esecutrice: il loro compito è dare seguito alle disposizioni di servizio del RUP sul piano operativo entro i tempi previsti.

## 4.2.6.6 Conflitti di Interesse - RUP

**A seguito dell'Aggiornamento PNA 2023, il capitolo sul conflitto di interessi mantiene la sua validità per quanto riguarda i soggetti delle stazioni appaltanti cui spetta fare le dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi e i contenuti delle relative dichiarazioni;**

L'art. 16 del d.lgs. n. 36/2023, nuovo Codice, è dedicato al conflitto di interessi e innova l'art. 42 del D.L.gs50/2026.

**La disciplina prevista dall'art. 42 d.lgs. 50/2016 come di seguito riportata**, e le prescrizioni adottate, sono valide per le procedure e i contratti per i quali i bandi o avvisi con cui si indice la procedura di scelta del contraente siano stati pubblicati prima del 1° luglio 2023 (o, nel caso di contratti senza pubblicazione del bando o avviso, siano stati inviati gli avvisi a presentare offerte entro il suddetto termine) data al decorrere della quale acquistano efficacia le disposizioni del nuovo codice (cfr. art. 226, co. 2 d.lgs. 36/2023), nonché per le procedure indette a partire dal 1° luglio 2023.

Le dichiarazioni si configurano quale misura adeguata alla gestione del conflitto di interessi che la stazione appaltante è tenuta ad adottare ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. 36/2023, al fine di garantire il rispetto degli adempimenti relativi all'obbligo di comunicare situazioni di conflitto di interessi e all'obbligo di astensione da parte dei soggetti coinvolti nella procedura di aggiudicazione e nella fase di esecuzione del contratto

**Quanto al contenuto minimo della nozione di conflitto di interessi**, si rinvia alle situazioni che determinano l'obbligo di astensione previste dall'art. 7 del d.P.R. n. 62/2013.

Ogni qual volta si configurino tali situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che **valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto**.

Lo stesso art. 16 del D.lgs. n. 36/2023 al co. 3 individua, quali rimedi nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi, "l'obbligo di darne comunicazione alla stazione appaltante" e di "astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione", pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

Proprio per il rilievo che assume la disciplina a tutela dei valori dell'imparzialità e del buon andamento dell'attività delle amministrazioni la stazione appaltante è tenuta a vigilare sulla corretta applicazione della disciplina durante tutte le fasi di una procedura di gara, ivi compresa la fase di esecuzione dei contratti pubblici.

Con riferimento al **personale delle stazioni appaltanti,** la disciplina si applica **a tutto il personale dipendente**, a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse (ossia contratto a tempo determinato o contratto a tempo indeterminato) **e a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna**.

| Soggetti ai quali si applica l'art. 16 del Codice dei contratti pubblici |
|---|
| Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato |
| Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo determinato |
| Soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni) |
| I prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori) |

| |
|---|
| I soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti |
| I professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR |
| I soggetti che compongono organi politici laddove svolgano una funzione amministrativa-gestionale (ad es. affidamenti gestiti da enti locali di ridotte dimensioni, nei quali il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere anche un ruolo gestionale, svolgimento di funzioni di coordinamento nell'ambito delle procedure di gara in ragione dei poteri attribuiti in virtù di normativa eccezionale e/o emergenziale) |
| Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici |

*Tab.98: Soggetti ai quali si applica l'art.16 del Codice dei contratti pubblici*

| Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 16 |
|---|
| Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sottosoglia |
| Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sopra |
| Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sopra |
| Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sottosoglia |
| Contratti pubblici esclusi dal Codice |

*Tab.99: Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 16*

Le verifiche sono svolte in contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy.
L'obbligo di rendere preventivamente la dichiarazione sui conflitti di interessi (e di aggiornarla tempestivamente) garantisce l'immediata emersione dell'eventuale conflitto e consente all'Amministrazione di assumere tutte le più opportune misure in proposito.

Il modello della autocertificazione deve prevedere:

- Attività professionale e lavorativa pregressa;
- Interessi finanziari;
- Rapporti e relazioni personali;
- Altro.

| Attività professionale e lavorativa pregressa |
|---|
| Elencazione degli impieghi presso soggetti pubblici o privati, a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, precisando se sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura. |
| Elencazione delle partecipazioni ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, a titolo oneroso e/o gratuito, precisando se sono svolte attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla |
| Elencazione delle partecipazioni a società di persone e/o di capitali, con o senza incarico di amministrazione, precisando se sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura. |
| Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di Professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con taluna delle imprese partecipanti alla procedura ovvero, personalmente, con i suoi soci/rappresentanti legali/amministratori, precisando se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura. |

*Tab.100: Attività professionale e lavorativa pregressa*

| Interessi finanziari |
|---|
| Elencazione delle partecipazioni, in atto ovvero possedute nei tre anni antecedenti, in società di capitali pubbliche o private, riferita alla singola gara e per quanto di conoscenza. |

*Tab.101: Interessi finanziari*

| Rapporti e relazioni personali Indicare: |
|---|
| Se, attualmente o nei tre anni antecedenti, un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale rivesta o abbia rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito delle società partecipanti alla procedura ovvero abbia prestato per esse attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o |

| |
|---|
| Se e quali cariche o incarichi, comunque denominati, a titolo gratuito o oneroso, rivesta o abbia rivestito nei tre anni antecedenti nell'ambito di una qualsiasi società privata un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si |
| Se, in prima persona, ovvero un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale, abbia un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, nei tre anni antecedenti, con l'amministrazione o con le società partecipanti alla procedura. |

*Tab.102: Rapporti e relazioni personali*

Il RPCT, per quanto concerne la gestione del conflitto di interessi, ha il compito di **verificare l'attuazione delle misure** programmate nel PTPCT e di **valutarne l'adeguatezza.** In particolare:
il RPCT effettua verifiche, anche a campione, sulle dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state correttamente acquisite dal responsabile dell'ufficio di appartenenza/ ufficio competente alla nomina e dal RUP e raccolte, protocollate e conservate, nonché tenute aggiornate dagli uffici competenti (ad es. ufficio del personale o ufficio gare e contratti) della stazione appaltante.
Il RPCT interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara. In tale ipotesi lo stesso effettua una valutazione di quanto rappresentato nella segnalazione, al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza del conflitto. Qualora ricorra tale evenienza, sarà cura dello stesso RPCT rivolgersi al RUP, agli organi interni o agli enti/istituzioni esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e di ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali - qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'ente o nell'amministrazione.
Il RPCT potrebbe essere interpellato e offrire un supporto al RUP e ai dirigenti competenti di riferimento allo scopo di valutare la sussistenza in concreto di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

## *4.3 Controllo e rendicontazione misure PNRR*

Premesso che i fondi PNRR "Next Generation EU" per l'Azienda si sviluppano intorno alla Missione 6, viene messo in opera un sistema di controllo unitario PNRR nel rispetto delle circolari MEF e ANAC.
**Con Circolare n. 30 del MEF dell'11 agosto 2022**
*(https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONEI/circolari/2022/circolare_n_30_2022)* sono state fornite le linee guida delle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR di competenza dei soggetti attuatori. Si tratta di un documento predisposto dal Servizio Centrale per il PNRR presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) - Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che descrive i principali flussi procedurali inerenti i processi di controllo e rendicontazione del PNRR, richiamando l'attenzione su alcuni elementi, fasi e step procedurali nonché su obblighi e adempimenti di responsabilità posti in capo ai soggetti coinvolti a vario titolo e a vari livelli nell'attuazione degli interventi, combinando misure già presenti nella legislazione vigente con procedure specificamente previste per il PNRR e dal PNA 2022 già per il triennio 2023-25.
**Con Circolare RGS n. 13 del 28/03/2024**, che costituisce una integrazione delle "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione delle Misure PNRR di competenza delle Amministrazioni Centrali e dei Soggetti Attuatori" sono state adottate le seguenti Appendici Tematiche aventi ad oggetto:

- La prevenzione e il controllo del conflitto di interessi ex art. 22 reg. (UE) 2021/241;
- La duplicazione dei finanziamenti ex art. 22, par. 2, lett. c) Reg. (UE) 2021/241.

Tali Appendici riassumono e definiscono ulteriormente le procedure che i soggetti Attuatori e le Amministrazioni titolari di Misure PNRR devono attuare ai fini di prevenire e contrastare i potenziali casi di "conflitto di interessi" e "doppio finanziamento", che potrebbero nascere nelle procedure di attuazione dei progetti finanziati dal Piano, anche avvalendosi delle funzionalità del sistema ReGiS.

Il sistema di controllo unitario PNRR adotterà due livelli di gestione suddivisi in:

- **Livello realizzativo**: monitoraggio PNRR attraverso report periodici, che gli uffici tecnici compileranno in corrispondenza delle scadenze previste già in fase di candidatura e che corrispondono alla rendicontazione. Il monitoraggio servirà a dimostrare i milestone raggiunti;
- **Livello di controllo interno**: posto in capo a Dirigenti interni ad hoc incaricati e preposti. Il monitoraggio delle azioni darà atto della coerenza con gli atti di programmazione e del rispetto delle tempistiche. I Dirigenti riferiscono alla Direzione Strategica e al RPCT nei termini previsti dalla sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO nonché secondo quando previsto dal PNA (anche attraverso una attività di audit interno)

Le Fasi del processo PNRR ai sensi delle linee guida nazionali, si riassumono in:

- Fasi di gara;
- Fasi di esecuzione del contratto;
- Fase di rendicontazione delle spese.

| FASE di gara per l'aggiudicazione degli appalti | Controlli e tempistica | Settori Uffici |
|---|---|---|
| AFFIDAMENTI servizi di architettura e ingegneria per progettazione e servizi tecnici (affidamenti diretti sottosoglia)<br>- verifica e validazione del progetto da parte del RUP per la cantierabilità e DD a contrarre<br>- predisposizione ed approvazione bando di gara/lettera invito per le negoziate<br>- espletamento della gara su piattaforma elettronica<br>- pubblicità legale e comunicazione<br>- istruttoria domande di partecipazione alla gara<br>- aggiudicazione previa verifica dei requisiti<br>- stipula contratto di appalto che viene poi repertoriato/annotato/registrato<br>- conservazione del contratto<br>- accesso agli atti<br>- precontenzioso<br>- difesa legale | Controlli ordinari di regolarità tecnico-amministrativa e adozione ai fini della partecipazione DGUE (documento unico di gara europeo).<br>Controlli ordinari di regolarità tecnico-amministrativa durante le due fasi principali:<br>1. prima della pubblicazione del bando<br>2. prima della stipula del contratto con il soggetto realizzatore<br>- verifica dei requisiti prima della sottoscrizione del contratto<br>- verifica del titolare effettivo prima della sottoscrizione del contratto.<br>Controlli di natura contabile (contabilità speciale).<br>Verifica condizionalità specifiche | Uffici tecnici<br>Ufficio gare<br>Uffici finanziari<br>Uffici tecnici/gare |
| **Responsabili di procedimento e membri commissioni gara: individuazione del personale coinvolto nella procedura di gara e nelle fasi di precontenzioso e difesa legale** | Controlli ex ante di prevenzione e contrasto conflitto di interessi e pantouflage con applicazione codice di comportamento | Uffici tecnici/informatici<br>Ufficio gare |
| **Registrazione dati su REGIS dopo l'aggiudicazione** | Monitoraggio sul portale REGIS | Uffici tecnici/informatici ufficio gare |

*Tab.103 Fase di gara per l'aggiudicazione degli appalti*

| FASE di esecuzione del contratto di appalto | Controlli e tempistica | Settori<br>Uffici |
|---|---|---|
| - Fase esecuzione servizi tecnici sottosoglia secondo quanto previsto dal disciplinare<br>- regolare esecuzione contratto di appalto<br>- approvazione fine lavori e collaudo<br>- emissione fatture<br>- atti di liquidazione | Controlli tecnici su progettazione definitiva ed esecutiva.<br>Controlli ordinari di regolarità tecnico-contabile-amministrativa ed ex post. | Uffici tecnici/Uff Informatici<br>Direzione Strategica |

| | | |
|---|---|---|
| - pagamenti<br>- pubblicazione sul sito dello stato di avanzamento<br>- adozione misure antiriciclaggio<br>- eventuali misure correttive (variazioni atti di programmazione e bilancio | Controlli tecnici sull'esecuzione del contratto.<br><br>Verifica rispetto condizionalità specifiche.<br><br>Attività di antiriciclaggio da iniziare fin dal bando di gara inserendo quale elemento indispensabile a pena di esclusione dalla gara, l'individuazione dell'"operatore economico" (titolare effettivo), da inserire poi su REGIS) | Uffici finanziari<br><br>(bilancio e mandati) |
| **Sistema di controllo unitario PNRR** | Controllo strategico sull'avanzamento progettuale ed allineamento documenti di programmazione<br><br>Controllo misure di trasparenza, anticorruzione, antiriciclaggio | Dirigenti preposti |

*Tab.104 Fase di gara per l'esecuzione degli appalti*

| **FASE di rendicontazione delle spese** | **Controlli e tempistica** | **Settori Uffici** |
|---|---|---|
| • **rendicontazione spese su REGIS periodicamente**<br>• **rendiconto di progetto**<br>• **comunicazione**<br>• **avanzamento finanziario progetto**<br>• **comunicazione fine progetto e realizzazione degli interventi**<br>• **chiusura contabile** | Attestazioni su:<br>• rispetto della condizionalità PNRR e del principio DNSH6<br>• sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo-contrabile<br>• sistema di attuazione delle misure ex ante di prevenzione e contrasto al conflitto di interessi<br>• sistema delle misure ex ante di verifica sul titolare effettivo<br>• chiusura di tutti gli accertamenti ed impegni (chiusura finale) | Uffici tecnici e Uffici informatici<br>Dirigenti preposti ai controlli<br>Uffici coinvolti nelle procedure di gara<br>Uffici finanziari |
| **Presidio di Coordinamento** | controllo strategico sull'avanzamento e fine interventi<br>controllo trasparenza | Dirigenti preposti ai Controlli |

*Tab.105 Fase di rendicontazione delle spese*

### Responsabilità e azioni del livello realizzativo

Le principali azioni da attuare nel rispetto delle linee guida per la rendicontazione del PNRR e del PNA per il triennio 2024-26, in continuità con il PIAO 2024 – 2026, si possono così riassumere:

- assicurare il rispetto delle condizionalità e di tutti gli ulteriori requisiti connessi alle misure del PNRR, principi trasversali al PNRR e principio DNSH;
- assicurare la regolarità tecnico-amministrativa e contabile, in quanto forma di autocontrollo preventivo ed applicazione delle misure di Trasparenza, Anticorruzione, Antiriciclaggio;
- operare sul sistema ReGIS e altri portali (SIMOG, ANAC...).

### Responsabilità e azioni del livello di controllo

Le principali azioni da attuare, si possono così riassumere:

6 Il principio Do NO Significant Harm (DNSH) prevede che gli interventi previsti dal PNRR nazionali non arrechino nessun danno significativo all'ambiente

- Assicurare il presidio di coordinamento, in termini sia di controllo strategico sia di controllo di legittimità.
- Registrare i report indirizzati al RPCT, sia come controllo successivo dei processi e degli atti in applicazione delle misure di prevenzione in tema di Trasparenza, Anticorruzione e Antiriciclaggio sia come monitoraggio dello stato di attuazione dei progetti, comunicando gli esiti del controllo ai Dirigenti e ai RUP.

I dirigenti preposti ai controlli supportano il RPCT, svolgendo le seguenti attività:

- Controllo strategico dei progetti PNRR, in coerenza con i documenti DUP e PIAO, a livello di obiettivi, tempistica, performance. Nella predisposizione del DUP si procederà, come previsto dalla Circolare 29 MEF del 15 luglio 2022.
- Controllo successivo di legittimità per garantire il rispetto delle misure di prevenzione in tema di Trasparenza Anticorruzione Antiriciclaggio (per i fondi).
- PNRR, con adozione di opportune linee guida che possono essere redatte al termine di corsi di formazione specifici (misure minime), in applicazione congiunta con le misure generali previste dal vigente PIAO sezione dedicata alla "prevenzione della corruzione e trasparenza", nonché del PNA 2022. I controlli si focalizzeranno sulla prevenzione dei conflitti di interessi, frodi, adozione di misure specifiche relative ai processi dell'area di rischio "Contratti ed appalti pubblici".
- Informazione e formazione interna sui temi in oggetto, sia di carattere giuridico sia di transizione al digitale.
- Elaborazione di schemi tipo, comprensive delle condizionalità previste dal PNRR, nel rispetto delle circolari MEF e ANAC, differenziandoli da altri provvedimenti.
- Verifica del flusso procedimentale, teso alla regolare pubblicazione sull'apposita sezione del sito web dell'Azienda dedicata al PNRR (monitoraggi periodici e monitoraggio) e alla semplificazione.
- Verifica della predisposizione di documenti che sottendono al sistema di controllo ReGIS quali, in fase di creazione della rendicontazione, un allegato per ciascun controllo effettuato dando atto di: assenza di conflitto di interessi; regolarità amministrativa e contabile; assenza di doppio finanziamento; rispetto del principio del DNSH; verifica titolari effettivi; verifica avanzamento di milestones e targets (per questo ultimo punto predisponendo attestazioni semplici ma complete, di avvenuta verifica del controllo effettuato).
- Al fine di assicurare la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una contabilità separata per l'utilizzo delle risorse del PNRR, ex articolo 7, comma 8, del Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla Legge 29 luglio 2021, n. 108, con l'obiettivo di implementare la reciproca collaborazione e garantire un adeguato presidio di legalità a tutela delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'Azienda rispetta le disposizioni normative in materia e quelle contenute nel protocollo d'intesa tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la Guardia di Finanza del 17 dicembre 2021.

### *4.3.1 Obblighi di pubblicazione e trasparenza dei contratti pubblici – PNRR*

In materia di contratti pubblici del PNRR resta ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo "ReGiS"
Restano fermi gli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" così come dettagliati negli Allegati del PIAO e l'applicazione dell'accesso civico semplice e generalizzato previsti dal d.lgs. n. 33/2013.
L'Azienda Sanitaria di Caserta, in piena autonomia, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR, ha inserito un collegamento sulla home page del sito istituzionale alla pagina **"PNRR della Regione Campania"**

## *4.4 Procedure di gara nell'ASL Caserta e gli indicatori di monitoraggio*

### *4.4.1 Procedure di Gara per la fornitura di farmaci e presidi con gare aziendali (non So.Re.Sa.)*

In Campania l'acquisto di gran parte dei beni sanitari e di alcuni servizi viene gestito dalla So.Re.Sa. (Società a totale partecipazione pubblica regionale) quale stazione appaltante regionale.
I restanti acquisti di farmaci e materiali sanitari vengono gestiti dal Servizio Provveditorato tramite gare ad evidenza pubblica. La scelta e la tipologia di farmaci e materiali è a carico dei servizi farmaceutici sulla base del PTO regionale, salvo farmaci ad alto costo innovativi non disponibili sul portale So.Re.Sa. Analogamente le farmaciste definiscono i fabbisogni per i materiali sanitari, mentre per il materiale protesico provvedono gli ortopedici.
Un ingente spesa viene sostenuta nell'ASL Caserta ed in Campania per l'acquisto sia di Ventilatori Polmonari che di Microinfusori per bambini e giovani diabetici. In questo ultimo caso la prescrizione avviene da parte di centri specializzati che già istruiscono i pazienti per un particolare microinfusore condizionando la nostra Azienda ad acquistare il prodotto specifico.
Questo settore è ad alto rischio in quanto:

- La valutazione dei fabbisogni di farmaci rapportata al Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) e alla prescrizione degli specialisti interni (redatto con apposita modulistica informatizzata) deve essere accurata poichè una errata valutazione (non giustificata) può determinare un frazionamento degli acquisti a costi più alti;
- La tipologia di farmaci da inserire in gara deve tener conto in modo rigoroso del PTO e della specifica casistica dei DRG riducendo la prescrizione di farmaci esclusivi ad alto costo, spesso per influenze corruttive esterne.
- La classificazione di dispositivi e beni infungibili ed esclusivi deve essere avvalorata da valutazioni documentate e controllate da più attori del processo.

In questa logica i soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti:

- Definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno);
- Programmazione dell'acquisto;
- Definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi;
- Gestione dell'esecuzione del contratto.

Occorre altresì evitare:

- Il frazionamento negli acquisti;
- Gli affidamenti diretti;
- Gli acquisti di prodotti infungibili/esclusivi;
- Le proroghe degli affidamenti;
- Gli acquisti urgenti;
- La revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

La corretta definizione del **fabbisogno** è fondamentale per:

- Evitare sprechi di risorse in caso di sovradimensionamento o
- Il ricorso a procedure in deroga dettate da situazioni di urgenza, ricollegabili a un'inadeguata programmazione dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare.

Inoltre, è necessaria l'esatta conoscenza della logistica e delle giacenze di magazzino, il cui presupposto è la tracciabilità dei percorsi dalla fase dello stoccaggio a quella della somministrazione/consumo.

Una ulteriore necessaria misura sarà costituita **dai prezzi di riferimento dei beni e servizi** a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, che possono essere

utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore. Detti prezzi devono costituire uno strumento vincolante per tipologie "omogenee" di beni e servizi in quanto favoriscono la confrontabilità/fungibilità tra i fabbisogni del soggetto acquirente e le caratteristiche dei prodotti/servizi oggetto di offerta.

### *4.4.2 Affidamenti servizi esternalizzati*

**Per tutti i servizi esternalizzati, sono state emanate e saranno confermate per il triennio 2025-2027 precise disposizioni di controllo sia sul personale che sulla qualità del servizio:**

- Cartellino identificativo del personale con i dati anagrafici e ditta di appartenenza
- Acquisizione della lista dei dipendenti con orario di incarico e sede di lavoro
- Controllo degli accessi nelle strutture aziendali
- Rispetto del regolamento aziendale sul Codice di comportamento

Per ogni procedura il capitolato con la identificazione dei fabbisogni dovrà essere sia compatibile con i limiti di spesa ed il budget previsto nel Bilancio Preventivo ma anche frutto di accorta analisi.

Tipologie di rischio evidenziabili nella fase dell'identificazione del fabbisogno e dei capitolati:

- Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari;
- Abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive;
- Eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali;
- Reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto ovvero il ripetuto inserimento di specifici interventi;
- Presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi soggetti o di gare con unica offerta valida.

Tutti questi aspetti costituiscono elementi rivelatori di una programmazione carente e, in ultima analisi, segnali di un uso distorto o improprio della discrezionalità.

Misure proposte per ridurre i rischi:

- Controllo periodico dei tempi programmati anche mediante sistemi di monitoraggio in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara);
- Predeterminazione dei criteri di priorità, in fase di individuazione del quadro dei fabbisogni;
- Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni;
- Previsione di obblighi di comunicazione/informazione puntuale nei confronti del RPC in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza da effettuarsi tempestivamente, per rilevanti importi contrattuali;
- Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.

### *4.4.3 Procedure di acquisto di materiale economale*

Nell'ASL Caserta tali acquisti vengono effettuati a livello centrale dal Settore Economato del Servizio Provveditorato e per piccolissime forniture dalle Direz. Amm.ve dei PP.OO e dei Distretti.
Nel triennio 2025-2027 tali procedure nell'ASL Caserta dovranno essere effettuate solo attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip.

### *4.4.4 Procedure di acquisto di materiale Hardware, Software e licenze d'uso*

Tali procedure nell'ASL Caserta vengono espletate dal Servizio Tecnologie Informatiche e Digitalizzazione ed in via residuale del Servizio Controllo di Gestione e Flussi Informativi
Per il triennio 2025-2027, nessuna procedura per l'acquisto di computer, stampanti, server, scanner ed altro hardware e licenze software potrà essere effettuata con forme ed indagini diverse se non adeguatamente motivata ed in ogni caso in attuazione del regolamento degli acquisti precedentemente adottato.

### *4.4.5 Procedure di gara area Tecnologie Sanitarie*

Tali procedure nell'ASL Caserta vengono espletate dal Servizio Ingegneria Clinica e Telecomunicazioni che cura le gare per la fornitura della telefonia fissa e mobile, per la rete, l'acquisto di attrezzature sanitarie e per il global service della manutenzione attrezzature Sanitarie.
Per alcuni degli acquisti (vedi TAC, RMN) le gare vengono espletate a livello SO.RE.SA, per altre con adesione alla CONSIP o con MEPA.
Per il 2025 dovranno essere previste solo adesioni alle gare CONSIP e SORESA o procedure tramite MEPA.

### *4.4.6 Procedure di gara area tecnico manutentiva*

Tali procedure nell'ASL Caserta vengono espletate dal Servizio Tecnico manutentivo.
Particolare attenzione dovranno porre gli attori del processo alla fase di programmazione scongiurando l'utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione.
In particolare, occorre potenziare tutti gli strumenti della trasparenza.
In questa logica gli attori del processo devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.
Occorre altresì evitare:

- Frazionamento nelle gare.
- Affidamenti diretti
- Proroghe degli affidamenti
- Gare urgenti
- Estensione su affidamenti già espletati
- Variante in corso d'opera per i lavori
- Aggiornamento prezzi
- Reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto
- La revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

#### 4.4.6.1 Scelta del contraente

Con i seguenti rischi:

- Possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- È possibile il rischio di frazionamento, oppure alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto, in modo tale da non superare la soglia degli importi degli affidamenti prevista dalla norma;
- Può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate;

- Possibilità che i vari attori coinvolti manipolino le disposizioni che governano i vari processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. Possono rientrare in tale alveo, ad esempio, azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.
- Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;
- Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti;
- Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo.
- Assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante,
- Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando
- Mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o la nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità).

#### 4.4.6.2 Principali rischi in corso di esecuzione del contratto

- Approvazione delle modifiche del contratto originario;
- Autorizzazione al subappalto;
- Ammissione delle varianti;
- Verifiche in corso di esecuzione; verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI);
- Apposizione di riserve.
- 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.
- Aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara

#### 4.4.6.3 Principali rischi nella fase della rendicontazione del contratto

Nella fase di rendicontazione del contratto nella quale l'amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, è importante mappare il procedimento di nomina del collaudatore, il procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione nonché le attività connesse alla rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento.
Possono essere considerati elementi rivelatori di un'inadeguata rendicontazione l'incompletezza della documentazione inviata dal RP ai sensi dell'art. 10 co. 7, secondo periodo, decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 o, viceversa, il mancato invio di informazioni al RP (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo); l'emissione di un certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite. **Si ritiene indice certo di elusione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari la mancata acquisizione del CIG o dello Smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero la sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento**.

#### 4.4.6.4 Programmazione misure Esecuzione del Contratto

Misure di Controllo

Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000

È opportuno che sia organizzato un adeguato sistema di controllo su questo tipo di affidamenti strutturando flussi informativi tra il RUP, il RPCT e il collegio dei revisori aziendali, al fine di consentire di verificare, nel

caso in cui l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto, se la scelta sia sorretta da idonea motivazione. Il RPCT può richiedere ai RUP dati e informazioni, anche aggregate, sulle scelte e le relative motivazioni nonché su eventuali scostamenti tra l'importo del contratto e l'importo corrisposto all'appaltatore, illustrandone la motivazione; nel caso in cui sia rilevata la violazione dell'art. 35 del Codice dei contratti pubblici – in ordine al calcolo dell'importo dell'appalto, che deve comprendere i costi aggiuntivi connessi all'utilizzo o alla manutenzione dei beni – il RPCT provvede a segnalare il fatto agli organi di vertice e ad altri organi competenti.

### 4.4.6.5 Acquisti autonomi e proroghe contrattuali

Si richiama l'esigenza di motivazione espressa della scelta di ricorrere alla proroga contrattuale, con esplicitazione dei vari livelli di responsabilità e relativa asseverazione da parte dei vertici aziendali.
Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, co. 3, del d.l. 66/2014), è opportuno prevedere l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato *«non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizza applicativi».*

| Misure preventive e correttive previste |
|---|
| **Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti.** |
| **Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere.** |
| **Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).** |
| **Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni.** |
| **Per rilevanti importi contrattuali previsione di obblighi di comunicazione/informazione puntuale nei confronti del RPCT in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza da effettuarsi tempestivamente.** |
| **Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.** |
| **Prevedere una strategia di acquisto per assicurare la rispondenza della più ampia procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici** |
| **Introdurre consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche** |
| **Provvedere alla nomina del responsabile del procedimento con rotazione degli stessi e variazione del personale di supporto al RUP** |
| **Porre particolare attenzione nella scelta della procedura di aggiudicazione al ricorso alla procedura negoziata** |
| **Definire precisi criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione e criteri di attribuzione del punteggio.** |
| **Evitare di prevedere requisiti restrittivi di partecipazione;** |
| **Valutare con completezza la stima del valore dell'appalto** |
| **Inibire la redazione di progetti e capitolati approssimativi e che non dettaglino sufficientemente ciò che deve essere realizzato in fase esecutiva** |
| **Non prevedere criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto** |
| **Definire linee guida che introducano criteri stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto;** |
| **Introdurre audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall' ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione** |
| **Stilare direttive interne/linee guida che limitino il ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati, o di lavori che non lasciano margini di discrezionalità all'impresa** |
| **Dettagliare o b b l i g a t o r i a m e n t e nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta** |
| **Prevedere nella sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara** |
| **Utilizzare clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici** |
| **Prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del Contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità** |
| **Inserire misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari** |

| Misure preventive e correttive previste |
|---|
| Pubblicare un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche |
| Preventiva individuazione, mediante direttive e circolari interne, di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti da parte del RUP |
| Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare |
| Utilizzo di sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare |
| Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013 |
| Previsione di procedure interne per la verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante |
| Obbligo di comunicare al RPC la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante) |
| Direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro |
| Obbligo di effettuare l'avviso volontario per la trasparenza preventiva |
| Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione |
| Effettuare procedure di gara utilizzando la procedura telematica "Albo fornitori e.procurament". |
| Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara; |
| Direttive/linee guida interne per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici); |
| Accessibilità online della documentazione di gara. |

*Tab.106: Misure preventive e correttive previste*

| Ulteriori misure da approvare |
|---|
| Linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori; |
| Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte; |
| Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti; |
| Linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori; |
| Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte; |
| Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti; |
| Tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle Commissioni di gara suddivisi per professionalità; |
| Scelta dei componenti delle commissioni, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati. |
| Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nominativi o di reclami/segnalazioni sulle nomine effettuate. |
| Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti:<br>L'esatta tipologia di impiego/lavoro, sia pubblico che privato, svolto negli ultimi 5 anni;<br>Di non svolgere o aver svolto «alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta» (art. 84, co. 4, del Codice);<br>Se professionisti, di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 84, co. 8, lett. a), del Codice);<br>Di non aver concorso, «in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi» (art. 84, co. 6, del Codice);<br>Di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;<br>Assenza di cause d'incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 c.p.c., richiamato dall'art. 84 del Codice.<br>Assenza di cause di inconferibilità previste dall'art.3 del D.Lgs. 39/13 |
| Introduzione di misure atte a documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.<br>Check list di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. |
| Obbligo di segnalazione agli organi di controllo interno di gare in cui sia presentata un'unica offerta valida/credibile. |

| Ulteriori misure da approvare |
|---|
| **Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di Controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate".** |
| **Pubblicazione sul sito internet dell'amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.** |

*Tab.107: Ulteriori misure da attivare*

## *4.5 Patto d'integrità*

Il settore dei "**contratti pubblici**" è, per sua stessa natura e caratterizzazione, uno dei maggiormente esposti alle ingerenze ed alle pressioni della criminalità comune ed organizzata, da sempre fortemente collegate a fenomeni corruttivi e di cattiva gestione della cosa pubblica; risulta indispensabile, pertanto, che gli attori operanti in tale settore si impegnino ad un comportamento leale, corretto e trasparente.
Come sancito anche da pronunce giurisprudenziali, ancor prima che alla corretta esecuzione del contratto pubblico, è opportuno indirizzare le condotte delle parti coinvolte ai valori di reciproca lealtà e correttezza.
E' pertanto essenziale che all'attività prevista ed operante su di un piano normativo derivante dalla L. n. 190/2012, si affianchi una capillare azione di prevenzione in via amministrativa, facente leva su strumenti di carattere pattizio volti a responsabilizzare gli operatori economici ed i dipendenti pubblici, nonché a rafforzare gli impegni alla legalità, correttezza e trasparenza mediante strumenti di salvaguardia ad effetti sanzionatori, destinati a trovare applicazione nelle ipotesi di violazione degli obblighi assunti dai contraenti.
L'applicazione dei patti di integrità negli affidamenti richiede agli operatori economici la sottoscrizione di un documento che contiene una serie di obblighi, subordinando la partecipazione alle singole procedure di affidamento dei contratti al possesso di requisiti etico-legali, quali il rispetto dei principi di leale concorrenza, trasparenza e pari opportunità. Alla violazione di tale misura consegue l'esclusione, in fase di partecipazione alla gara, nel caso di mancata sottoscrizione/accettazione del patto, ovvero, in caso di avvenuta aggiudicazione, la revoca della stessa con applicazione delle misure accessorie

In ossequio alla Legge 6 novembre 2012 n. 190, art. 1, comma 17, al Decreto Legislativo n. 36/2023 al Piano Nazionale Anticorruzione 2023 al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 con il quale è stato emanato il "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici", e al Codice di Comportamento Aziendale adottato con Delibera n. 98 del 22 gennaio 2024, si adotta il seguente **Schema di Patto di Integrità.**

**PATTO DI INTEGRITÁ**

relativo a

(specificare la procedura…….)

**tra**

La ASL di Caserta, codice fiscale/P.Iva 03519500619, Sede Legale Via Unità Italiana, 28 – 81100

Caserta, nella persona di _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di _____

**e**

_____ (di seguito

anche operatore economico), con sede legale in _____,

via _____

codice fiscale/P.IVA _____,

rappresentata da _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

in qualità di _____

**VISTO:**

- La legge 6 novembre 2012 n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, in particolare il comma 17 dell’art. 1, il quale prevede espressamente la possibilità di introdurre negli avvisi, bandi di gara e lettere di invito clausole di rispetto della legalità, la cui inosservanza può essere sanzionata con l’esclusione dalla gara;
- il Decreto Legislativo n. 36/2023 “Codice dei contratti pubblici” e ss.mm.ii.;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 con il quale è stato emanato il “Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici”;
- Il Codice di comportamento dei Dipendenti della ASL Caserta approvato con Delibera n. 98 del 22 gennaio 2024;
- la Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 con la quale l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- a Deliberazione n. 140 del 30.01.2024 con la quale la ASL Caserta ha adottato il P.I.A.O. 2024-2026

**SI CONVIENE QUANTO SEGUE**

**Articolo 1 – Oggetto**

Il presente Patto si applica alla presente procedura di gara volta all'affidamento del ……. e rappresenta una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito dello svolgimento della procedura stessa.

Questo Patto d'Integrità stabilisce la reciproca, formale obbligazione della ASL Caserta e degli operatori economici concorrenti a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno a rispettare i principi stabiliti nel nuovo codice dei contratti pubblici (D.lgs.36/2023) ed a contrastare pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito della procedura in oggetto.

A presidio di tali principi è posta una serie puntuale di obblighi, il cui inadempimento comporta l'irrogazione di provvedimenti sanzionatori, come previsti e disciplinati dall'art. 5 del presente Patto.

Il personale, i collaboratori e gli eventuali consulenti della ASL Caserta e dell'operatore economico impiegati ad ogni livello nel procedimento di gara e nell'esecuzione del contratto, sono consapevoli del presente Patto d'Integrità, degli obblighi in esso contenuti, nonché delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto dello stesso. Le parti vigilano affinché gli impegni sopraindicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati.

**Articolo 2 - Obblighi dell'operatore economico nei confronti della Stazione Appaltante**

Il presente Patto d'integrità stabilisce la formale obbligazione dell'operatore economico che, ai fini della partecipazione alla gara in oggetto, si impegna:

- a rispettare tutte le previsioni contenute nel Capitolato e nel Disciplinare di gara e i relativi allegati;
- a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'affidamento del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione
- segnalare alla Stazione Appaltante e alla Pubblica Autorità competente qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di terzi, e a non ricorrere ad alcuna mediazione di qualunque tipo finalizzata all'aggiudicazione e/o gestione del contratto;
- a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'affidamento del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione;
- ad assicurare di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordata e non si accorderà con altri partecipanti alla gara;
- a dichiarare in fase di presentazione dell'offerta, ai fini della corretta applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., l'insussistenza di rapporti di lavoro autonomo e/o subordinato, nei casi ivi indicati, con ex dipendenti della ASL Caserta, nonché l'impegno a non costituire rapporti di lavoro nei medesimi casi per tutta la durata del contratto e sino alla concorrenza di anni tre dalla cessazione dal servizio dei suddetti dipendenti;

- ad informare puntualmente tutto il personale, di cui si avvale, del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti;
- a vigilare affinché gli impegni sopra indicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati;
- a segnalare situazioni di conflitto di interesse, di cui sia a conoscenza, rispetto al personale dell'ASL Caserta;
- a denunciare alla Pubblica Autorità competente ogni irregolarità o distorsione di cui sia venuto a conoscenza per quanto attiene l'attività di cui all'oggetto della procedura in epigrafe.

L'operatore economico prende atto e accetta che la violazione di tutti gli impegni assunti con il presente Patto di Integrità comporta l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 4.

Nelle fasi successive all'aggiudicazione i predetti obblighi si intendono riferiti all'aggiudicatario o all'eventuale subentrante nel contratto, il quale avrà l'onere di pretenderne il rispetto anche dai propri subcontraenti. A tal fine, la clausola che prevede il rispetto degli obblighi di cui al presente Patto dovrà essere inserita nei contratti stipulati dall'aggiudicatario con i propri subcontraenti a pena di risoluzione del contratto tra la Stazione Appaltante e l'aggiudicatario.

**Articolo 3 – Obblighi della Stazione Appaltante**

La ASL di Caserta

- si obbliga a rispettare i principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché le misure di prevenzione della corruzione inserite nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza del P.I.A.O. vigente;
- si impegna a portare a conoscenza del proprio personale e di tutti i soggetti in essa operanti, a qualsiasi titolo coinvolti nella procedura di gara indicata in epigrafe e nelle fasi di vigilanza, controllo e gestione dell'esecuzione del relativo contratto, ove assegnato, del contenuto del presente Patto e degli obblighi in esso contenuti, vigilando sulla loro osservanza;
- attiverà, nel rispetto del principio del contraddittorio, le procedure di legge nei confronti del personale che non conformi il proprio operato ai principi sopra enunciati, alle disposizioni contenute nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento dei dipendenti della ASL Caserta adottato con Deliberazione 98 del 22 gennaio 2024.

**Articolo 4 - Sanzioni**

In caso di mancanza, incompletezza o irregolarità della dichiarazione di accettazione del presente patto di integrità, resa secondo le prescrizioni della *lex specialis* di gara, si applica l'articolo 101 (Soccorso istruttorio) del Codice dei contratti di cui al d. lgs. 36 del 2023.

L'Operatore Economico, sin d'ora, accetta che il mancato rispetto degli impegni assunti con il presente Patto di integrità, comunque accertato dalla ASL di Caserta, potrà comportare oltre alla segnalazione agli Organi competenti, l'applicazione, previa contestazione scritta, delle seguenti sanzioni:

- esclusione del concorrente dalla gara ed escussione della cauzione provvisoria a garanzia della serietà dell'offerta, se la violazione è accertata nella fase precedente all'aggiudicazione della procedura;
- revoca dell'aggiudicazione ed escussione della cauzione se la violazione è accertata nella fase successiva all'aggiudicazione della gara ma precedente alla stipula del contratto;
- risoluzione del contratto ed escussione della cauzione definitiva a garanzia dell'adempimento del contratto, se la violazione è accertata nella fase di esecuzione dello stesso.

In ogni caso, l'accertamento di una violazione degli obblighi assunti con il presente Patto di Integrità costituisce legittima causa di esclusione dell'operatore economico dalla partecipazione alle procedure di affidamento di concessioni o di appalti di lavori, forniture e servizi bandite dalla ASL di Caserta per i successivi 3 anni.

**Articolo 5 – Efficacia del patto di integrità e Foro competente**

Il presente Patto di Integrità dispiega integralmente i suoi effetti fino alla completa esecuzione del contratto.

Il presente Patto dovrà essere richiamato dal contratto quale allegato allo stesso onde formarne parte integrante, sostanziale e pattizia.

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la ASL di Caserta e gli operatori economici concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria del Foro di S. Maria Capua Vetere (CE).

*L.C.S.*

*Luogo e data……..*

*ASL Caserta*

_____

(Timbro e *firma del legale rappresentante o procuratore autorizzato dell'operatore economico concorrente o comunque altra persona legittimamente autorizzata ad impegnare lo stesso)*

_____

Lo schema del Patto di integrità dovrà essere inserito, a cura di ciascuna struttura organizzativa, nella documentazione di ogni procedura di affidamento. La vigilanza della suddetta misura è posta in capo al RPCT, che provvederà al monitoraggio nei termini e con le modalità indicate nella sottostante tabella.

**Tabella monitoraggio: Applicazione patto d'integrità**

| MISURE | MODALITA' DI ATTUAZIONE | RESPONSABILITÁ | TERMINI TEMPORALI |
|---|---|---|---|
| Allegazione del patto d'integrità in ogni gara bandita e in ogni contratto convenzione stipulati con la Asl Caserta ed acquisizione di un'apposita dichiarazione di accettazione del patto d'integrità | Trasmissione al R.P.C.T. del report di monitoraggio di tutte le procedure di affidamento con l'attestazione dell'avvenuto inserimento nella documentazione del Patto di integrità e dell'acquisizione della Dichiarazione di accettazione del Patto. Il Report dovrà contenere il dato numerico relativo ai bandi nei quali è stata inserita la clausola e dei patti di integrità sottoscritti. | Tutti i Dirigenti Responsabili dei Servizi che procedono ad affidamenti in materia di contratti pubblici | Monitoraggio semestrale<br><br>15 giugno 2025<br><br>15 dicembre 2025 |

## *4.6 Indicatori di Monitoraggio*

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC comuni a tutte le gare

- Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- Numero di acquisti tramite MEPA/ su numero totale di acquisti totali;
- Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
- Percentuale di gare con un'unica offerta valida;
- Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico);
- Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Indicatori specifici adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dell'area tecnica.

- Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo;
- Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando;
- Numero di affidamenti mediante offerta economicamente più vantaggiosa /sul totale degli affidamenti effettuati nello stesso periodo di tempo;
- Numero di affidamenti sottosoglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia;
- Conteggio del numero di procedure attivate in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta;
- Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale;
- Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati;

- Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi;
- effettuazione di un report periodico da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione sulle procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo (quali importo, tipologia di procedura, numero di partecipanti ammessi ed esclusi, durata del procedura, ricorrenza dei medesimi aggiudicatari, etc.) in modo che sia facilmente intellegibile il tipo di procedura adottata, le commissioni di gara deliberanti, le modalità di aggiudicazione, i pagamenti effettuati e le date degli stessi, le eventuali riserve riconosciute nonché tutti gli altri parametri utili per individuare l'iter procedurale seguito;
- Pubblicazione del report periodico sulle procedure di gara espletate sul sito della stazione appaltante;
- Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori, da selezionare di volta in volta tramite sorteggio;
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo;
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo;
- Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.

Per tutti i servizi /UUOO aziendali deputate alle procedure di gara (come da allegato 3- schede rischio) sono stati identificate le procedure con "rischio alto" sono stati identificati i fattori abilitati e previste le misure correttive.

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Indicatori di monitoraggio |
|---|---|---|
| **Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi** | Direttori U.O.C. Farmacie Provveditorato, CIG PP.OO, Ufficio Ordini; Distretti Dipartimenti | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico) |
| | | Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza; |
| | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore). |
| **Monitoraggio servizi esternalizzati** | Direttori U.O.C. Provveditorato, Tecnologie Informatiche e D., Direzione PP.OO, Direzione Distretti Dipartimenti Ingegneria Clinica Serv. Tecnico Manutentivo Patrimonio; Controllo di gestione e F.I. | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | Affidamenti tramite MEPA/affidamenti complessivi (quantità e valore) |
| | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | n. indagini MEPA per la stessa tipologia di servizio/fornitura per anno |
| | | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte agg. |
| | | N. Gare MEPA con valore di poco inferiore a 40.000 euro/indagini MEPA complessive |
| | | Numero di affidamenti sotto soglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia |
| | | Percentuale di gare con un'unica offerta valida |
| | | Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale |
| **Monitoraggio Acquisto Materiale Economale** | Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie |
| | | Percentuale di gare con un'unica offerta Valida |
| **Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso** | Direttori U.O.C. Provveditorato, Tecnologie Informatiche e D. | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie |
| | | Percentuale di gare con un'unica offerta valida |
| | | Numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero di acquisti totali |
| **Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica** | Direttori U.O.C. Provveditorato STM, Patrimonio, Ingegneria Clinica, Distretti, PP.OO. | Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo |
| | | Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando. |

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Indicatori di monitoraggio |
|---|---|---|
| | | Analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sottosoglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara. |
| **Monitoraggio Selezione del Contraente** | Direttori U.O.C. Provveditorato, Ingegneria Clinica, STM, Patrimonio, Distretti, PP.OO. Dipartimenti , tecnologie Informatiche e D. | Conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta;<br>Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale. |
| **Esecuzione del Contratto** | Direttori U.O.C. Provveditorato, Ingegneria Clinica e T., STM, Patrimonio, Distretti, PP.OO. Dipartimenti , Tecnologie Informatiche e D. | Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati. |
| | | Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. |
| | | Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e rapportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi |
| **Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione dei Contratti** | Direttori U.O.C. Patrimonio | Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati. |
| | | Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. |
| | | Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e rapportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi |

*Tab.108: Programmazione misure Forniture*

## *4.7 Aree di Rischio -Reclutamento del personale Incarichi e nomine*

Il reclutamento del personale che in sanità avviene attraverso concorsi e prove selettive è uno dei processi ad elevato rischio corruttivo, pertanto particolare attenzione va posta a:

- Coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore;
- Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018);
- Attenta e puntuale definizione dei requisiti di ammissione;
- Commissione di concorso neutrali e competenti.
- Per la costituzione delle Commissioni di concorso occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:
- Selezione dei membri della commissione giudicatrice
- Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, e la loro rotazione,
- Definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione,
- Acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità
- Verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi
- Verifica del rispetto dell'articolo 35-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, in materia di prevenzione del fenomeno della corruzione che nella formazione di commissioni concorsuali, stabilisce che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi
- Osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione.
- Rotazione

Il D.lgs. 39/2013 (oltre alla delibera ANAC 149/2014) si occupa delle inconferibilità e delle incompatibilità dei vertici delle Aziende (Si riporta quanto indicato anche nel programma della Trasparenza)
Tali incarichi sono di nomina regionale, pertanto le dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità e inconferibilità sono acquisite dalla Regione Campania e pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente – Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice" raggiungibile al seguente link: https://www.aslcaserta.it/index.php/titolari-di-incarichi-dirigenziali-amministrativi-di-vertice/, contestualmente al curriculum vitae, all'atto di nomina e alla situazione patrimoniale e reddituale.

*"Particolare attenzione va rivolta invece al conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio (strutture complesse ed incarichi a professionisti esterni). L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12. Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti alla qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta. Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore Generale delle aziende sanitarie in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi. Vale, infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, il principio per il quale ogni azienda deve dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse "(**Del ANAC 831/2016**).*

I CCNL della dirigenza del SSN prevedono le seguenti tipologie di incarichi per la Dirigenza Medica e Sanitaria:

- Incarico di direzione di struttura complessa;
- Incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- Incarico di direzione di struttura semplice;
- Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- Incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

**In via generale, si fa presente che gli obblighi di pubblicazione dei dati**, già previsti per la dirigenza sanitaria dall'art. 41, co 2 e 3, d.lgs. 33/2013 - ovvero direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, responsabili di dipartimento e di strutture complesse - **sono estesi anche ai responsabili di struttura semplice**, per effetto della modifica apportata dal d.lgs. 97/2016 (Al fine di rendere coerente l'applicazione della norma di cui all'art. 41, co 3, cit., il riferimento all'art. 15 del d.lgs. 33/2013 ivi contenuto, e presumibilmente rimasto immutato per un difetto di coordinamento normativo, deve intendersi all'art. 14 del medesimo decreto; diversamente si avrebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra i dirigenti medici e gli altri dirigenti. Vedi programma per la Trasparenza).

### *4.7.1 Incarichi dirigenziali di struttura complessa*

Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo.
Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi *ad interim* o utilizzando lo strumento del facente funzione. Può costituire una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.
Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da

elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate.
Per le posizioni dirigenziali di strutture complessa la costituzione della Commissione esaminatrice è vincolata da precise norme nazionali e regionali. Occorre solo rendere pubblico e trasparente il sorteggio.
Per la costituzione delle Commissioni di concorso per l'ammissione alla dirigenza (strutture non complesse) occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- Selezione dei membri della commissione giudicatrice,
- Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, e la loro rotazione,
- Definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione,
- Acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità
- Verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi.

Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, al fine di evitare il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, esempi di misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione dei criteri di valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.
Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.
All'atto della nomina, i dirigenti devono produrre la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità ai sensi del decreto legislativo n.39 del 08/04/2013. Come per i titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente unitamente al curriculum vitae.
Il ruolo del RPCT relativamente a tali misure - definito dall'art.15 del d.lgs. 39/2013 nonché dalle «Linee guida in materia parte del responsabile della prevenzione della corruzione» approvate con Delibera ANAC n. 833 del 3/08/2016 consiste nella vigilanza interna, ed in particolare:

- Monitoraggio dell'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'apposita sezione trasparenza del sito istituzionale;
- Conduzione di verifiche a campione o mirate sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, utilizzando gli Uffici aziendali competenti ad acquisire i riscontri documentali necessari.

L'ASL di Caserta al fine del monitoraggio, ha implementato il gestionale che permette la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, inserendo un campo che consente di individuare l'anno di presentazione della dichiarazione. Questo consentirà la verifica massiva del grado di aggiornamento delle dichiarazioni presentate dai dirigenti, nonché, velocizzando le tempistiche, un migliore approfondimento della qualità delle dichiarazioni rese.

### *4.7.2 Incarichi a Direttore di Dipartimento*

La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale con implicazioni anche con il settore degli acquisti, è infatti in capo al Direttore del dipartimento, sia esso ospedaliero o territoriale, la responsabilità anche in ordine alla corretta e razionale programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, sono rese obbligatorie le misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avendo riguardo delle seguenti indicazioni:

- Esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- Predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;

- Esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- Pubblicazione degli atti del procedimento.

### *4.7.3 Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero*

La procedura di conferimento di tale incarico equivale alle ordinarie procedure concorsuali di Direzione di Struttura Sanitaria Complessa.

### *4.7.4 Incarichi di Direzione di struttura semplice*

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'Azienda Sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato.

Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7-quater, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa – in questo ambito –sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.

Per questi incarichi l'Azienda con delibera 1628 del 26.10.2021 ha adottato uno specifico regolamento per il conferimento degli incarichi ed in particolare art. 2, Art.3 e art.4.
Saranno in ogni caso adottati tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento con le seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- Verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- Pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- Avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- Predeterminazione dei criteri di selezione;
- Misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- Esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);
- Esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- Pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la composizione degli organi di natura tecnica che dovranno selezionare i candidati (es. sorteggio informatico)."

Come precisato si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.

### *4.7.5 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza*

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale dell'Area Sanità.

Occorre pertanto che le Aziende Sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'Azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

### *4.7.6 Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992*

Tra le tipologie di incarico, quelle previste dall'articolo 15septies del decreto legislativo 502/1992 si caratterizzano per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. L'articolo stabilisce che le aziende sanitarie ed ospedaliere:

- Possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico, mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporti di lavoro escluso di durata non inferiore a due anni e non superiori a cinque con facoltà di rinnovo, nei limiti del 2% della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del 2% della dotazione organica degli altri ruoli dirigenziali, a laureati con comprovata qualificazione professionale e particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica;
- Possono conferire incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con l'incarico, per un numero non superiore al 5% della dotazione organica della dirigenza sanitaria nonché al 5% della dotazione organica della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa.

L'azienda prevede una serie di misure per massimizzare i livelli di trasparenza e imparzialità nelle procedure di selezione relative all'attribuzione di incarichi di cui sopra. In particolare, tenuto conto dell'eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico, l'Azienda esplicita attraverso pubblicazione sul sito istituzionale:

- Le motivazioni del ricorso a tale procedura derogatoria, comprendendo motivazione per il mancato espletamento di concorsi per il reclutamento ordinario;
- La durata dell'incarico;
- Le competenze professionali richieste;
- I criteri di selezione.

In linea generale, l'ANAC stabilisce nell'approfondimento che l'attribuzione degli incarichi sia interni sia esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità e che i piani delle singole aziende devono prevedere misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle previste dall'articolo 41 del decreto legislativo 33/2013 (obbligo di pubblicazione di tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento).

Come precedentemente detto, l'azienda si impegna per la pubblicazione di tutti gli atti e le notizie relative ai bandi di concorso. In particolare, nella sezione "Amministrazione trasparente – Bandi di concorso" (raggiungibile al link https://www.aslcaserta.it/index.php/bandi-di-concorso/) sono presenti le informazioni per:

- Selezioni direttori UU.OO.CC.;

- Bandi di concorso a tempo indeterminato: dirigenza medica e veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa; comparto;
- Bandi di concorso a tempo determinato: dirigenza medica e veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa; comparto;
- Bandi di concorso per incarichi di collaborazione;
- Bandi di concorso riservati a personale dipendente;
- Mobilità esterna;
- Concorsi e selezioni altre ASL/Enti;
- Turni vacanti, graduatori ed esclusioni specialistica ambulatoriale.

### *4.7.7 Incarichi extra-istituzionali*

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per l'attività libero professionale, extra ed intra-muraria, del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo, lo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL di Caserta è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate nonché delle prescrizioni aziendali.
Oltre alla verifica dell'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario o che hanno rapporti con l'Azienda, resta fermo l'obbligo di comunicare al RPCT il numero di autorizzazioni rilasciate in ciascun anno, distinguendo tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché le eventuali segnalazioni e violazioni accertate sullo svolgimento di incarichi extra -istituzionali non autorizzati, anche ai fini della redazione della relazione del RPCT di fine anno.
Le misure operative che attengono alla disciplina delle attività ed incarichi extra- istituzionali sono:

| Area di rischio | Processo a cui applicare le misure di prevenzione | Misure di prevenzione | Obiettivi | Soggetto responsabile | Tempistica | Monitoraggio |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto** | Autorizzazione allo svolgimento incarichi ed attività extra-istituzionali | Report al RPCT su numero richieste autorizzate (distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti) e numero di richieste non autorizzate al 30/11; Indicazione di eventuali segnalazioni in merito allo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati. | Osservanza disciplina in materia di incarichi extra-istituzionali | Servizio GRU | Entro il 30.11 di ogni anno | Reportistica |

*Tab.109: Misure operative attività ed incarichi extra-istituzionali*

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte del dirigente, del funzionario o del professionista sanitario può precostituire situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale, ponendosi altresì come sintomo della possibilità che insorgano legami corruttivi. Per questi motivi, l'articolo 1 della legge 190/2012, è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001 Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla Legge e dai Contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento e le attività extra-istituzionali sono consentite nei limiti di quanto previsto dalla norma

**Programmazione misure Reclutamento personale**

| Azioni | Responsabile attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Reclutamento del personale Incarichi e nomine | Direttore U.O.C. GRU | Coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore,<br>Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018)<br>Criteri di scelta di commissioni di concorso neutrali e competenti. |

*Tab.110: Misure reclutamento personale*

**Altre Aree di Rischio Specifiche in Sanità**

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

## *4.8 Aree di rischio specifico in Sanità - Attività Libero Professionale ALPI e Liste di Attesa*

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per questi motivi è necessario prevedere delle misure di gestione del rischio nella fase autorizzatoria, nello svolgimento dell'attività e nelle interferenze con l'attività istituzionale. I possibili eventi rischiosi possono essere:

- False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime intramoenia;
- Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- Lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- Squilibrio tra numero di prestazioni erogate in regime ordinario e numero di prestazioni erogate in ALPI;
- Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Le misure adottate, anche dalla nostra azienda, per contrastare tali fenomeni sono:

- Informatizzazione delle liste d'attesa;
- Prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP;
- Aggiornamento periodico delle liste di attesa;
- Valutazione periodica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI;
- Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali;
- Ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'attività in ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare aziendale;
- Adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione.

L'azienda, inoltre, confronta periodicamente le prestazioni erogate in intra/extramoenia con le prestazioni erogate in attività istituzionali attraverso i seguenti indicatori:

$$x = \frac{\text{numero di prestazioni erogate in intramoenia}}{\text{numero di prestazioni erogate in attività istituzionali}}$$

$$x = \frac{\text{numero di prestazioni erogate in intramoenia allargata}}{\text{numero di prestazioni erogate in attività istituzionali}}$$

La valutazione avviene sia per singolo specialista che per equipe.

Misure previste nel presente PTPC

- Preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete);
- Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali;
- Ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda.
- Attualmente la gestione del CUP sia quello per le prestazioni in regime ordinario che quello per le prestazioni ALPI nell'ASL Caserta sono informatizzate dal Portale Regionale CUP/So.Re.Sa.
- Ed inoltre vige:
- Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP regionale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;
- Aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
- Analogamente per la prenotazione, erogazione e fatturazione dell'ALPI;

Per quanto concerne l'ALPI la stessa può essere espletata presso "studi professionali in rete", al fine di evitare la violazione degli obblighi di fatturazione e la mancata prenotazione tramite il servizio aziendale. Ciò nonostante, occorre rafforzare i controlli e le verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia.
Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013, che include anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario, l'ASL adotterà ulteriori misure per rafforzare la trasparenza dell'attività svolta in regime di libera professione in tutte le sue fasi.

**Programmazione misure ALPI**

| Azioni | Responsabile attuazione | Indicatore di monitoraggio | 2025 | 2026 | 2027 |
|---|---|---|---|---|---|
| ALPI | Struttura di supporto ALPI | Numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe) | < 70 % | < 70% | < 70% |
| | | Numero di prestazioni erogate in intra moenia allargata rendicontate / numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe) | < 70 % | < 70% | < 70% |

*Tab.111: Misure ALPI*

### *4.8.1 Liste d'attesa*

Per quanto concerne, invece, le liste d'attesa il problema riscontrato, su tutto il territorio nazionale, è dato dalla lunghezza delle liste e quindi delle tempistiche di attesa del cittadino nella fruizione dei servizi del sistema sanitario nazionale/regionale. Le motivazioni alla base possono essere così riassunte:

- Carenza di specialisti ambulatoriali;
- Minore offerta di prestazioni da parte delle strutture ospedaliere per la riduzione degli organici con prevalente impegno per le attività di guardia e di emergenza;
- Scelta dell'utente di particolari specialisti per i quali si registrano tempi lunghi che alterano la media;
- Offerta territoriale disomogenea;
- Errata registrazione sul sistema informativo aziendale del grado di priorità.

L'azienda ha, inoltre, recepito il D.G.R.C. N.620 del 29/12/2020 recante "Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa ai sensi dell'art.29 del D.L. N.104 del 14 agosto 2020" allo scopo di ridurre le liste d'attesa e la prevenzione di rischi corruttivi con deliberazione del Direttore generale N.1039 del 24/06/2021. In particolare, l'azienda ha costituito un gruppo di lavoro assegnando i seguenti obiettivi:

- Elaborare un programma progettuale per il recupero delle prestazioni non erogate in periodo pandemico;
- Garantire il monitoraggio delle prestazioni recuperate con l'attivazione degli strumenti previsti dal Piano, nonché analizzare costantemente la situazione al fine di porre in essere le azioni di miglioramento;
- Inviare agli uffici regionali la rendicontazione dell'utilizzo dei fondi distribuiti per la riduzione delle liste di attesa e i dati relativi al recupero delle prestazioni erogate nel periodo di emergenza.

L'ASL di Caserta con deliberazione del Direttore Generale n.369 del 12/11/2019, ha approvato il "Programma attuativo aziendale Governo delle liste di attesa 2019/2021 – ASL Caserta", modificato con deliberazione del direttore generale 1201 del 22/07/2021, tenuto conto delle novità normative in materia. Il programma prevede come strategie per la razionalizzazione:

- Ricognizione delle liste d'attesa;
- Obbligo per i medici prescrittori dell'apposizione del criterio di priorità sulla ricetta, così come previste dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ed in particolare:
  Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve): da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile): da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata): da eseguire entro 180 giorni (a partire dal 31/12/2019, in precedenza 120 giorni).

Per le prestazioni in regime di ricovero:

- A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o in cui ulteriore ritardo possa recare grave pregiudizio alla prognosi;
- B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità ma che non manifestano tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possano, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio di prognosi;
- C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestino tendenza ad aggravarsi né possano per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi;
- D: ricovero senza attesa massima definita nei casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro 12 mesi.

- Obbligo per il medico prescrittore di inserire il quesito diagnostico, secondo le linee guida regionali su tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, comprese le analisi di laboratorio;
- Obbligo per il medico prescrittore di riportare nelle procedure di prenotazione l'indicazione "prima visita" o "controllo".
- Verifica del carico di lavoro degli specialisti ambulatoriali;
- Imposizione a tutti gli specialisti ospedalieri di garantire un'offerta prestazionale adeguata in rapporto all'intramoenia;
- Potenziamento degli organici dei presidi ospedalieri aziendali per garantire un'adeguata apertura ambulatoriale;
- Implementazione sul sito web dell'aziendale di un portale ove è possibile:

- Ricercare disponibilità delle prestazioni;
- Prenotare prestazioni con APP smartphone;
- Pagare ticket;
- Disdire prenotazioni;
- Visualizzare i tempi di attesa delle prestazioni e dei ricoveri;
- Accedere ad un'area riservata per visualizzare la propria scheda anagrafica.

**Programmazione misure per le Liste di Attesa**

| Azioni | Responsabile attuazione | Indicatore di monitoraggio | 2025 | 2026 | 2027 |
|---|---|---|---|---|---|
| Liste di Attesa e Attività ALPI | Direttori U.O.C. AA.GG. Dirigenti ALPI | Carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali garantire un adeguata apertura ambulatoriale nei PP. OO. | 70% | 85% | 100% |
| | | Applicazione del Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa. | 100% | 100% | 100% |

*Tab.112: Misure liste di attesa*

## *4.9 Controlli nelle strutture accreditate*

Anche nell'area dell'accreditamento delle strutture private si annida la corruzione in quanto a fronte di precise esigenze dell'utenza che potrebbero essere soddisfatte dalle strutture pubbliche ben amministrate, **si preferisce esternalizzare servizi**.
Il servizio sanitario pubblico e quello privato collaborano, ma con finalità diverse.
Il primo ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali; il secondo ha lo scopo – lecito – di generare utili. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sull'accreditamento e la fornitura di prestazioni a prezzi concordati.
Nelle Case di Cura le truffe riguardano spesso **"Raggruppamenti omogenei di diagnosi**" e servono a stabilire le tariffe per le prestazioni che vengono caricate sul Servizio Sanitario Nazionale. Proprio "**truccando**" i referti e quindi «facendo rientrare l'intervento nella categoria autorizzata oppure per la quale è previsto un rimborso superiore al dovuto» sono stati drenati centinaia di milioni di euro alle casse statali. **Il caso più eclatante riguarda le operazioni di chirurgia estetica che invece vengono spacciate per interventi su gravi patologie, spesso addirittura tumorali. Le rinoplastiche fatte passare come "setto plastica" sono certamente frequenti, ma c'è anche chi si è rifatto il seno, le cosce, l'addome sostenendo di essere molto malato, addirittura in pericolo di vita.**
A seguito di esposto, sono stati predisposti nel 2020 controlli e verifiche da apposita commissione presso i tre Centri Antidiabetici accreditati l'esito può essere così riassunto:

- La produzione rendicontata è risultata sproporzionata rispetto ai limiti fissati dal contratto annuale sottoscritto per cui è stato sospeso l'acconto previsto dal contratto al 90% (gennaio-giugno2020).
- Incongruenza tra gli specialisti comunicati all'UOC Controllo Strutture Accreditate e al Distretto di competenza con l'elenco specialisti inserito ne portale SANIARP
- Molte prestazioni risultano rese oltre la COM nelle singole branche
- In alcuni casi pazienti risultano aver effettuato esami strumentali non erogabili dal centro perché sfornito di adeguata strumentazione
- Esami strumentali eseguiti senza specifica indicazione
- Incongruenza tra pazienti inseriti nel file C e l'elenco dei pazienti dell'accettazione giornaliera del centro.

Il riscontro di tali criticità ha portato a richiedere con delibera N.1235 del 07/10/2020 alla Regione Campania la sospensione o revoca dell'accreditamento istituzionale disposto a favore del centro.
Con relazione prot. N.1220981 del 27/09/2021 il responsabile f.f. della UOC "Acquisto e controllo prestazioni esterne strutture accreditate", ha comunicato che al centro antidiabetico, persistendo il suo comportamento anomalo, è stato revocato l'Accreditamento a far data dal 28/04/2021.

Pertanto, per quanto sopra, si sottolinea la necessità di:

- Intensificare ed istituire controlli periodici con sopralluoghi in situ da parte di commissioni all'uopo costituite con personale qualificato.
- Far ruotare/sostituire con cadenza annuale i componenti delle suddette commissioni di controllo e verifica.

**Contesto esterno dell'ASL di Caserta**

| Strutture specialistiche per branca | N. strutture |
|---|---|
| N° laboratori Patologia Clinica | 61 |
| N° strutture di radiologia | 29 |
| N. radioterapia | 2 |
| N° strutture di cardiologia | 13 |
| N° strutture Dialisi | 20 |
| N° strutture di FKT | 22 |
| N° strutture diabetologia | 5 |
| N° strutture Medicina nucleare | 5 |
| N° strutture Branche a visita | 13 |

*Tab.113: Strutture accreditate che assicurano l'assistenza specialistica*

L'Assistenza Ospedaliera in regime di accreditamento è assicurata da 13 Case di Cura Di cui:

- N. 1 casa di Cura Pineta Grande con PS attivo. Ostetricia e Rianimazione
- N. 1 ad indirizzo neuropsichiatrico convertita in RSA
- N. 1 con lungodegenza
- N.1 Riabilitativa
- N. 3 senza ostetricia (Clinica S Anna, Clinica dei Pini Athena, Villa Fiorita di Aversa)
- N. 6 con ostetricia e nido

**L'Assistenza negli Hospice** è assicurata da una struttura pubblica (PO S Felice a C.) e tre strutture accreditate:

- Hospice Casa di Cura Villa Giovanna (Tora e Piccilli)
- Hospice Ville Fiorita (Capua)
- Hospice Nicola Falde

| Strutture specialistiche per branca | N. strutture |
|---|---|
| Centri di Riabilitazione | 18 |
| Centri di FKT | 22 |
| RSA per disabili e/ Anziani | 11 |

*Tab.114: Strutture che assicurano l'assistenza Territoriale Riabilitativa*

Le attività di controllo vengono assicurate da tre strutture centralizzate di controllo:

- Serv. Centralizzato Controllo e Liquidazione Case di Cura
- Serv. Centralizzato Controllo e Liquidazione Centri accreditati
- Serv. Centralizzato Controllo prestaz. di Riabilitazione.

Delibera N. 1155 del 15/07/2021 Asl di Caserta ha provveduto ad approvare i nuovi *"Indirizzi Operativi. Controllo delle attività sanitarie delle Strutture private in regime di accreditamento istituzionale*".
Per le attività di ricovero lo specifico servizio aziendale provvede al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni nelle Case di Cura con un nucleo ispettivo che si reca nelle stesse strutture verificando, sulla base di specifici indicatori, le cartelle cliniche.
Vengono in particolare controllati i ricoveri ripetuti, i parti cesarei, i casi di DRG particolarmente complessi, le attività chirurgiche, i day surgery etc.

I Nuclei distrettuali verificano la reale presenza degli ammalati ed il rispetto degli orari e dei turni.
Per i centri accreditati il controllo viene effettuato sulla base dei dati dei file trasmessi e con verifica delle ricette (corrispondenza tra file e ricetta). Analogamente vengono verificate le Capacità Operative Medie (COM) ed applicati i tetti di spesa.
Analogo controllo viene effettuato sugli organici dichiarati e sulla presenza in più centri degli stessi specialisti.

I requisiti strutturali e tecnologici di accreditamento vengono verificati da apposite commissioni del dipartimento di prevenzione.
Come già riportato poco innanzi, si ravvisa inoltre la necessità di:

- Intensificare ed istituire controlli periodici con sopralluoghi in situ da parte di commissioni all'uopo costituite con personale qualificato.
- Potenziare i controlli informatici
- Attuare a pieno la delibera 1155/2021 con il pieno coinvolgimento delle strutture distrettuali.

*"La regolazione dei rapporti pubblico–privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzati nelle relative procedure, possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse.*
*In questa logica lo strumento contrattuale rappresenta una delle principali leve attraverso le quali migliorare il processo di negoziazione tra il committente/azienda sanitaria e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale"*

**Possibili eventi a rischio**

- Errori nella valutazione dei fabbisogni
- Ritardi o accelerazione nel rilascio delle autorizzazioni
- Ritardi o accelerazioni nelle visite ispettive finalizzate al rilascio delle autorizzazioni
- Omissioni e/o irregolarità nei verbali ispettivi

**Misure definite nel presente PTPC**

- Criteri per definire e quantificare i fabbisogni
- Rigoroso protocollo delle richieste di autorizzazione con evasione cronologica
- Criteri oggettivi per la nomina delle commissioni
- Rotazione dei componenti delle commissioni
- Incompatibilità tra componenti delle commissioni ed incarichi di servizio di liquidazione
- Lista rigorosa degli adempimenti e delle procedure ispettive
- Per gli accordi contrattuali rigorosa attuazione dei decreti del Commissario ad Acta sui tetti di spesa
- Rotazione del personale deputato al controllo
- Rigorose misure di verifica dell'appropriatezza dei DRG con analisi delle cartelle cliniche
- Verifica delle COM giornaliera e mensile

**Programmazione misure Controlli nelle Strutture Accreditate**

| Azioni | Responsabile attuazione | Indicatore di monitoraggio | 2025 | 2026 | 2027 |
|---|---|---|---|---|---|
| Controlli nelle strutture accreditate | Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate | Numero controlli in situ di commissioni preposte<br>Confronto delle COM degli ultimi tre anni<br>Confronto dei Tetti di spesa negli ultimi tre anni per centro.<br>Verifica del Nr. di Commissioni nominate per controlli | 50% | 70% | 100% |
| | | Adozione di procedure interne relative ai controlli. | 100% | 100% | 100% |

*Tab.115: Misure Controlli nelle Strutture Accreditate*

## *4.10 Attività di vigilanza, controlli, ispezioni nell'area del Dipartimento di Prevenzione*

"Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori. ".. "con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione," ed ancora nella determina ANAC n.12/2015 ..."È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con Check list, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso".

### *4.10.1 Misure per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria*

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| Attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria | Rilascio pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni di stabilimenti | Parere per riconoscimento stabilimenti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; | Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 10% nel '25 (15% nel '26 e 20 nel '27) delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP<br>Rotazione del personale. Verifica conflitto di interesse |
| | | Registrazione stabilimenti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; | Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 5% nel '25(8% nel '26 e 10% nel '27) delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP<br>Rotazione del personale. Verifica conflitti interesse |
| | | Autorizzazione trasporto animali | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; | Regolamentazione intera. Verifiche e Controlli in merito alla corretta applicazione delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia da parte del Direttore di UOC. Rotazione del personale preposto all'istruttoria; Verifica conflitti di interesse |
| | Effettuazione di controlli ufficiali ed altre attività in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria | Azioni in caso di non conformità | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; | Regolamentazione interna Supervisioni/Controlli<br>Rotazione del personale; Verifica conflitti di interesse |
| | Piani di Profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, infestive, diffusive e zoonotiche negli animali domestici e non | Ispezioni di legge Verifica documentazione e Predisposizione di atti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. | Regolamentazione interna. Verifiche e Controlli del corretto adempimento dei piani di profilassi da parte del Direttore di UOC sostanziati in Report Semestrali Rotazione<br>del personale; Trasparenza; verifica conflitti di interessi |
| Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione documenti, Educazione sanitaria | Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi | Verifica documentazione Predisposizione di atti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del | Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Verifica conflitto interessi. Rotazione personale addetto |

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| | (mod.4 certificazioni avicuniculi) | | personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni | |
| | Attestazioni per trasporto animali vivi | Verifica documentazione Predisposizione di atti | False attestazioni e/o certificazioni | Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto |
| | Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse | Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. Omissione di rilievi | Rotazione del personale Supervisione da parte del Direttore UOC; Verifiche ispettive interne; Verifica conflitto di interesse |
| | Certificato per movimentazione extracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi | Verifica documentazione Predisposizione di atti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni | Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto |

*Tab.116: Misure Controlli Area Veterinaria*

## 4.11 Assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedalieri

### 4.11.1 U.O. Cure Primarie e Governo delle Cronicità

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Sanitaria di Base sono previste le seguenti procedure:

- Gestione CUP, accettazione prenotazione e pagamento ticket
- Autorizzazione rimborsi assistiti
- Rimborsi viaggi dialisi
- Viaggi in Italia e all'estero per ricoveri e trapianti
- Rimborso microcitemici e malattie rare
- Acquisto microinfusori e altro materiale
- Gestione anagrafe assistiti con scelta e revoca del medico di fiducia e PLS
- Gestione mobilità internazionale

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda e‟ in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabili delle UUOO di:

- Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione delle liste di attesa e sulle prenotazioni
- Far ruotare il personale deputato all'autorizzazione dei rimborsi assistiti
- Rendere il più possibile trasparenti le procedure
- Particolare attenzione alla documentazione dei rimborsi agli assistiti per viaggi all'estero

### 4.11.2 U.O. Assistenza Riabilitativa

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Riabilitativa le seguenti procedure:

- Autorizzazione presidi sanitari
- Per incontinenza a raccolta
- Per incontinenza ad assorbenza
- Ventilatori polmonari
- Protesica di cui agli elenchi 1,2 e 3

- Autorizzazione prestazioni riabilitative ex art.26 ed ex art.44 3- Autorizzazione ricoveri cod. 56

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda è in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabili delle UUOO di:

- Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione di tali procedure
- Far ruotare il personale deputato all'autorizzazione
- Rendere il più possibile trasparenti le procedure

### *4.11.3 Ambulatori di Medicina Legale*

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Medicina Legale - le seguenti procedure:

- Commissioni
- Collegio Medico
- Commissione patenti speciali
- Visite fiscali
- Visite per concessioni patenti e posti invalidi ed altre esenzioni

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda è in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabili di tali ambulatori di:

- Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione di tali procedure
- Far ruotare il personale deputato delle commissioni ogni due anni
- Rendere il più possibile trasparenti le procedure

**Misure per l'area dell'assistenza distrettuale**

| Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026 | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| Rilascio esenzioni ticket | Richiesta utente, verifica presupposti, rilascio esenzione | 1) Indebito riconoscimento del diritto di esenzione ticket finalizzato a favorire determinati soggetti;2) Interesse esterno;3) Discrezionalità del processo | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse | Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27) |
| | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | | | | Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27) |
| Scelta e revoca Medico: Medico Medicina Generale /Pediatra di Libera scelta | Richiesta utente | Mancanza di trasparenza nelle informazioni fornite all'utenza per la scelta del MMG e/o PLS | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse; 5) Misure di trasparenza; 6) Pubblicazione e aggiornamento sul Sito Aziendale dell'elenco dei MMG e PLS con n. scelte; 7) Attivazione scelta e revoca on line | Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27) |
| | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | | | | Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27) |
| Autorizzazione ed Erogazione diretta presidi ed ausili sanitari | Richiesta e acquisizione/verifica documentazione | Discrezionalità nell'autorizzazione/ prescrizione di dispositivi finalizzata ad ottenere indebiti vantaggi per sé o altri | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse | Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27) |
| | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | | | | Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27) |
| Prenotazione visite specialistiche / prestazioni consultoriali /ADI | Richiesta prenotazione al CUP | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi | Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27) |
| | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| Autorizzazioni per ricoveri sanitari extraregione | Istanza utente, verifica documentazione autorizzazione | Elusione/Omissione di procedure e prescrizioni di Legge (Regionale e Nazionale) al fine di favorire determinati soggetti rispetto ad altri) | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse | Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27) |
| | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | | | | Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27) |
| Liquidazione / pagamenti / rimborsi: ausili, presidi e protesi, | Istanza/fattura, verifica presupposti, provvedimento liquidazione | Discrezionalità nella predisposizione degli atti con possibilità di favorire fornitori in mancanza di | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo | Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| spese sanitarie, viaggio e alloggio, spese viaggio pazienti dializzati, ossigeno-terapia convenzionati esterni | | documentazione regolare. Omissione di controllo | Autocertificazione Conflitto di interesse | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27)<br>Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27) |
| Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale | Richiesta prenotazione al CUP | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa. Impropria riserva di posti | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi | Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27)<br>Misure di controllo (100% nel '25-'27) |
| Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 L.833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali | Verifica documentazione autorizzazione | Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri. | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse | Rotazione (30% nel '25-'27)<br>Misure di controllo (100% nel '25-'27)<br>Controllo autocertificazioni (30% nel '25-'27) |
| Gestione Mobilità Internazionale | Verifica documentazione | 1) Omissione incasso;2) errata registrazione come utente non abbiente | 1) Controlli a campione; 2) Rotazione del personale; 3) Formazione | Rotazione (30% nel '25-'27) |

*Tab.117: Misure per l'area dell'assistenza distrettuale*

### *4.11.4 Certificazioni Medico Legali Ospedaliere- i Referti dei PS dei Presidi Ospedalieri della ASL di Caserta*

Le verifiche effettuate nel corso degli ultimi due anni sui referti di Pronto Soccorso, anche a seguito di segnalazioni di molteplici Compagnie di Assicurazione, ha messo in luce diverse "anomalie" dei referti di P.S. imputabili principalmente a:

- Molti referti trasmessi dalle agenzie risultavano redatti su registro cartaceo e non sull'applicativo di P.S. come da prassi.
- Registrazione non in sequenza dei referti in questione.
- Riscontro di referti cartacei su fogli "sparsi" con numerazione non riconducibili ad alcuna sequenza.
- Alla data e ora del referto cartaceo di PS era regolarmente in funzione l'applicativo informatico di accettazione degli accessi.
- La firma apposta in calce alla voice Medico di molte Schede-referti di PS non è attribuibile con certezza ad operatori del presidio dato che risulta illeggibile

Tali esiti sono stati trasmessi all'Autorità Giudiziaria.

Inoltre, le verifiche effettuate da parte dei D.S. dei P.O. hanno portato al deferimento di diversi dipendenti medici all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari con la conseguenza in diversi casi dell'irrogazione della sanzione della sospensione per alcuni mesi dal servizio con privazione della retribuzione.

**Misure da attuare per prevenire fenomeni corruttivi**

Il presente piano prevede l'obbligo da parte del D.S. del P.O. di attuare:

- Rotazione del personale del P.S. con cadenza periodica.
- Istituzione di un unico registro degli accessi di PS con pagine "legate" in sequenza ognuna delle quali debitamente firmata e timbrata dal D.S. da usarsi solo nel caso di blocco dell'applicativo informatico degli accessi.

- Conservazione del Registro presso il D.S. del Presidio Nosocomiale; consegna dello stesso al Responsabile del P.S. su richiesta scritta da parte di quest'ultimo che attesta il blocco dell'applicativo informatico. Il Responsabile del PS provvederà a segnare in sequenza gli accessi nel registro riportando accanto ad ogni accesso copia /estremi del documento di riconoscimento dell'utente nonché lo stesso numero sequenziale del registro sul referto. Consegna del registro da parte del Responsabile del PS con annotazione di data e ora di consegna coincidente con lo sblocco del sistema informatico di rilevazione accessi (applicativo).
- Ogni referto cartaceo viene debitamente firmato e timbrato dal medico che ha seguito il paziente.
- Obbligo per ogni Dirigente Medico di P.S. di munirsi di firma digitale per i referti informatizzati di P.S.
- Verifiche Periodiche a campione da parte del D.S. del presidio nosocomiale

**Programmazione misure Area Ospedaliera**

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026 | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|---|
| RISCOSSIONE TICKET SANITARI | Contabilità e registrazione proventi | Istruzione pratiche, valutazione recupero Pagamento prestazioni codice bianco Eventuale esonero | Non corretta o parziale applicazione della normativa vigente in materia o mancata notifica di recupero credito | Rotazione del personale - Verifiche periodiche | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | Rendicontazione trimestrale cassa automatica | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| FRONT OFFICE CUP | Prenotazione visite ambulatoriali | Gestione accesso alle Prestazioni Gestione attività di prenotazione | 1) Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti;2) Mancato rispetto della lista di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri (DH e Ordinari) | Rotazione del personale. Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | Prenotazione ricoveri Ordinari | | | | |
| | Prenotazione ricoveri in D.H. | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | Prenotazione ricoveri DS | | | | |
| ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA DEI PP.OO. | Compilazione turni di servizio | Pianificazione dei turni | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati dipendenti | Applicazione dei corretti canoni di turnazione previsti dai CC.NN.LL.; Rotazione del personale preposto alla redazione dei Turni. Verifica a campione da parte del DS | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | Controllo qualità e quantità del vitto | Verifica periodica della qualità e quantità del cibo nei locali cucina del nosocomio | Omesso controllo/vigilanza o controlli parziali e non tempestivi | Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | Controllo qualità delle pulizie e gestione rifiuti ospedalieri | Verifica periodica del corretto deposito dei rifiuti ospedalieri e della loro rimozione | Omesso controllo/vigilanza | Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | Attività Libera Professionale Intramoenia (Ambulatoriale– Ricovero) | Individuazione degli spazi degli operatori Monitoraggio dei pagamenti | Omesso controllo/vigilanza | Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza mediante pubblicazione sul sito web aziendale dei dati sui tempi di attesa, aggiornati settimanalmente. Blocco sul sistema CUP che impedisce di utilizzare una ricetta più di una volta Monitoraggio dei | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026 | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | pagamenti- Controlli a campione | |
| SPERIMENTAZIONI FARMACOLOGICHE | Sperimentazioni farmacologiche | Partecipazione di Medici a studi osservazionali sponsorizzati da industrie farmaceutiche | Elusione di norme e procedure di legge per favorire lo sponsor Possibile conflitto di interesse | Verifiche e controlli sul rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento aziendale Rotazione del personale. Verifica dichiarazione assenza di conflitto. | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA DEI PP.OO.- | Gestione agende ambulatoriali e monitoraggio liste di attesa | Tenuta ed aggiornamento delle Lista di attesa e della agende ambulatoriali | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio | Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende ambulatoriali. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preceduto da accessi ambulatoriali in libera professione | Tenuta ed aggiornamento delle Lista di attesa e della agende di ricovero | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio | Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende di ricovero. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | Gestione contrattuale biancheria | Movimentazione biancheria | Possibile sottrazione di biancheria in reparto | Registro di carico e scarico informatizzato Verifiche e controlli periodici | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| Gestione Mobilità Internazionale | Verifica documentazione | 1) Omissione incasso;2) errata registrazione come utente non abbiente | | 1) Controlli a campione ;2rotazione del personale,3) Formazione | Rotazione (30% nel '25- '27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |

*Tab.118: Misure per l'area dell'assistenza ospedaliera*

**Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)**

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026 | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ATTIVITÀ CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE | Attività connesse al Decesso intraospedaliero | Gestione quotidiana decessi intraospedalieri | Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati (es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario | Rotazione del personale sanitario, Obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso, Dichiarazione assenza conflitto di interessi Adozione di una procedura nella quale si specifica che: le ditte di onoranze funebri non possono e non devono accedere nelle camere mortuarie in assenza di incarico delle famiglie del deceduto. | Rotazione (30% nel '25-'27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |
| | | | | | Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27) |
| ATTIVITÀ CORRELATE Ai REFERTI di PS | Attività connesse ai referti di Pronto Soccorso | Attività dei Medici di Pronto Soccorso che refertano gli accessi non seguiti da ricovero | 1) Manomissione del referto per accessi non seguiti da ricovero;2) Induzione da parte degli utenti per frodare compagnie assicurative;3) Valenza esterna;4) Mancata rotazione del Personale per carenza di organico;5) assenza di un registro cartaceo vidimato con n. di pagina progressivo e mancanza di periodica verifica da parte del DS | 1) Obbligo in caso di blocco del sistema informatico di attivare registro cartaceo con protocolli consecutivi ed orario;2) Controlli periodici della Direzione Sanitaria sul registro sia informatico che cartaceo.3) Rotazione del personale;4) Obbligo di firma digitale | Rotazione (30% nel '25; 40% nel '26 e 30% nel '27) |
| | | | | | Misure di controllo (100% nel '25-'26-'27) |

*Tab.119: Ulteriori misure per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)*

## 4.12 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero rappresentare rischi concreti di corruzione nei seguenti casi:
Ritardi nell'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
Liquidazione fatture senza adeguata verifica della prestazione;
Sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte;
Effettuare rilevazioni di bilancio e rilevazioni non corrette o veritiere;
Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture provocando favoritismi tra i creditori ecc.
Tutti questi rischi mettono in evidenza la necessità di adottare misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che consentano la verifica e il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati. Al riguardo fondamentale è il "Percorso Attuativo di Contabilità (PAC) dei dati e dei bilanci del SSN, strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile nel settore.

**Gestione del patrimonio aziendale**

La valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare delle Aziende Sanitarie rappresenta un obiettivo di fondamentale importanza per l'efficienza e l'efficacia amministrativa in funzione delle finalità istituzionali da perseguire. L'articolo 5 del decreto legislativo 502/92 e ss.mm.ii definisce il patrimonio delle aziende sanitarie come tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti, anche trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché tutti i beni acquisiti nell'esercizio della propria attività o in seguito ad atti di liberalità. Le aziende dispongono del loro patrimonio secondo il regime di proprietà privata nel rispetto delle disposizioni del Codice civile che prevedono che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono il patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti dalla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge. Tutti gli altri beni compongono il patrimonio disponibile.
L'ASL di Caserta, essendo azienda costituitasi nel 2009 dalla fusione di due aziende sanitarie locali gode di un vasto patrimonio costituito sia da beni immobili (edifici) sia da terreni. L'azienda, inoltre, utilizza immobili di terzi mediante contratti di locazione o di comodato d'uso.
La gestione del patrimonio aziendale è affidata alla unità organizzativa complessa Servizio Patrimonio.
Ai sensi della normativa vigente ed in particolare dell'art.30 del decreto legislativo n. 33/2013, l'elenco dei beni rientranti nel patrimonio aziendale è pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione

Trasparente – Beni immobili e gestione patrimonio" raggiungibile attraverso il seguente link: https://www.aslcaserta.it/index.php/beni-immobili-e-gestione-patrimonio/
Obiettivo dell'azienda, per il prossimo triennio, è l'aggiornamento del "*Regolamento per la gestione del Patrimonio immobiliare e mobiliare dell'ASL Caserta*" (ultima versione 2014) e del "Regolamento per la redazione e la tenuta degli inventari (ultima versione 2017). Inoltre, come suggerito dall'approfondimento 2015 del PNA, per il rafforzamento delle misure di trasparenza di cui al sopracitato art. 30 del decreto legislativo n. 33/2013, si procederà all'inserimento di dati ulteriori nella sezione dedicata del sito istituzionale, quali valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, modalità e finalità di utilizzo.
Per garantire una maggiore trasparenza, inoltre, si sta procedendo all'inventario di tutti i beni presenti in azienda (impianti e macchinari, attrezzature sanitarie e scientifiche, mobili e arredi, automezzi ecc.), con una procedura direttamente collegata al Programma di Contabilità (SAP).

### *4.12.1 Procedura Gestione Cespiti*

Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute a garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, di cui all'art. 2 del Decreto Ministeriale 17 settembre 2012. Per certificabilità si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli Enti nella condizione di essere sottoposti, in ogni momento, con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel DM 17 settembre 2012.
In tale ottica, l'ASL di Caserta, nell'anno 2022 ha avviato la mappatura dei processi in considerazione del Regolamento Aziendale "Immobilizzazioni e istituzione e tenuta degli inventari" adottato con Delibera n. 21 del 12.01.2017 (di seguito "Regolamento Aziendale") e delle caratteristiche dell'attuale Sistema Informativo Contabile e degli altri applicativi conferenti o referenti in uso presso l'Azienda. Dal 2022, quindi, le diverse UU.OO.CC interessate, hanno provveduto alla registrazione contabile delle immobilizzazioni immateriali e/o immateriali utilizzando il SIAC SAP; Il Servizio Economico Finanziario si è attivato per tutte le procedure necessarie al recupero, migrazione e quadratura dei saldi patrimoniali sul sistema SAP.
La procedura amministrativo-contabile dell'Azienda, considerando l'adozione del Regolamento Aziendale è volta a garantire la gestione Cespiti e le informazioni necessarie a generare i dati contabili al fine dell'ordinata tenuta della contabilità economico patrimoniale. Il mancato e costante aggiornamento degli inventari rende lo Stato Patrimoniale e il Conto Economico non attendibili e ne altera la portata informativa. Pertanto, per poter applicare una corretta gestione economico-patrimoniale, bisogna avere un inventario effettivamente aggiornato al reale valore dei beni.
A tal fine si precisa che, per cespite si intende: un oggetto posseduto da un'azienda e avente un utilizzo a lungo termine che può essere identificato individualmente nel bilancio. L'aggiornamento dei cespiti comprende la creazione, la modifica e la visualizzazione dei record anagrafici cespiti.
In particolare, il Processo Gestione Cespiti si articola nei sotto processi che sono di seguito ripresi e descritti:

| Processo | Sotto Processo |
|---|---|
| **Gestione Cespiti** | Gestione acquisto Cespite da lavori in corso o da finanziamenti |
| | Gestione acquisto Cespite definitivo |
| | Gestione dismissione Cespite |

*Tab.120: Processo gestione Cespiti*

La matrice RACI, di seguito riportata, individua le responsabilità e il livello di intervento / coinvolgimento delle strutture interessate all'esecuzione delle attività descritte nella procedura.
In particolare, i soggetti coinvolti sono:

- R (Responsible): Soggetto e/o soggetti che compiono l'azione;
- A (Accountable): Soggetto e/o soggetti che prendono la decisione finale mediante autorizzazione e/o approvazione;
- C (Consulted): Soggetto e/o soggetti che possono essere consultati o sono di supporto all'azione;
- I (Informed): Soggetto e/o soggetti che devono essere informati dopo che una determinata azione/decisione è stata presa.

| ID | Sotto Processo | Servizio Economico Finanziario | UOC Proponente | Punto Ordinante |
|---|---|---|---|---|
| **1.0** | Gestione acquisto Cespite da lavori in corso o da finanziamenti | R | R | R |
| **2.0** | Gestione acquisto Cespite definitivo | R | R | R |
| **3.0** | Gestione dismissione Cespite | R | C | C |

*Tab.121: Processo gestione Cespiti*

Le funzioni della "Gestione immobilizzazioni" consentono di presentare e documentare lo sviluppo dei cespiti ai fini contabili. La Gestione cespiti è utilizzata per gestire e documentare dettagliatamente le transazioni dei cespiti. Nella contabilità generale, è possibile aggiornare i valori d'acquisto e produzione nella gestione cespiti ed effettuare varie contabilizzazioni. Inoltre, nella contabilità per centri di costo è possibile rilevare l'ammortamento per centri di costo.

## *4.13 I PTRI le UVI ed i Cogestori*

I PTRI ovvero sia i Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI) sostenuti da Budget di Salute (BdS) sono una modalità di erogazione di prestazioni sociosanitarie previste nell'ambito della "Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare" e pertanto comprendono anche le "Attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie".
A livello regionale sono disciplinati dalle Linee Guida allegate alla DGR 483 del 21/09/2012.
I percorsi abilitativi individuali previsti dai PTRI sono sostenuti economicamente dai cosiddetti Budget della Salute. Il Budget di Salute è promosso, valutato, gestito e monitorato, in maniera integrata e concordata, tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona (welfare mix). Il tutto è basato sul diritto di scelta delle persone, per quanto concerne i metodi e le opportunità di cura e riabilitazione.
In questo modello di comunità solidale, (così come definito dalla Linee Guida della Regione Campania) i Servizi Pubblici, ricercano partner privati per la cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati. Il soggetto cogestore individuato da apposito avviso pubblico, bandito dall'ASL di concerto con l'Ambito Territoriale, dall'elenco ASL dei cogestori PTRI/BdS, amministra una dotazione finanziaria, (budget della salute) nei limiti fissati dall'intensità del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale assegnato ad un utente.
Tale dotazione finanziaria serve essenzialmente per coprire le spese necessarie a garantire i servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione, al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la re-istituzionalizzazione.
Inoltre, al fine di rendere omogenea l'offerta riabilitativa dei cogestori che attuano i PTRI e nel contempo, garantire ai soci fruitori (cittadino utente) un adeguato livello di professionalità e capacità imprenditoriale, le Linee Guida della Regione Campania indicano anche le figure professionali da prevedere nella compagine sociale del co-gestore quale requisito minimo per l'accesso all'albo dei cogestori per l'attuazione dei PTRI secondo la metodologia del budget di salute:

- Coordinatore del PTRI/BDS in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: psicologia, sociologia, scienze dell'educazione, scienze della formazione, scienze del servizio sociale, esperti di economia sociale, esperti giuridici;
- Animatore/Educatore;
- Operatore OSA;
- Operatore OSS.

A tali figure professionali possono aggiungersi volontari e/o ragazzi inseriti in progetti dedicati di servizio civile. Va garantita in ogni progetto terapeutico, sia la funzione di gestione amministrativa che la garanzia di un domicilio. In ogni caso è sempre stabilita una priorità di immissione degli utenti in PTRI/BdS:

La priorità dell'immissione delle persone in PTRI /BdS è riferita essenzialmente a:

- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale, nonché con disturbo psichiatrico, internate nelle strutture protette o case di cura convenzionate fuori dalla Regione Campania
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale con ricoveri ripetuti negli ospedali civili o nelle case di cura convenzionate fuori e dentro la Regione Campania
- Persone internate negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) di pertinenza territoriale a carico del sistema sanitario
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale e internate nelle carceri di pertinenza territoriale, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- I minori di pertinenza territoriali, internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- I minori con disturbi psichiatrici di pertinenza territoriali, internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale in stato di abbandono nei territori

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni sociosanitarie integrate avvengono con procedure unitarie attraverso l'Unità di Valutazione Integrata (UVI).

Infatti, il processo individuale è redatto sulla base della valutazione dell'UVI distrettuale che si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio sanitari complessi e per la predisposizione e proposta all'utente del PTRI.

All'UVI partecipano i Servizi Sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del PTRI, gli utenti, i familiari, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta (MMG/PLS). L' UVI ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata ha il compito di:

- Effettuare una valutazione del bisogno sociosanitario complesso, a partire dalla domanda espressa (il "sintomo" /condizione patologica di presentazione) dall'utente e dalla sua famiglia, dal MMG/PLS e/o dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- Utilizzare le competenze di ciascuno dei componenti per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- Individuare, se necessario, nell'ambito dei soggetti cogestori (di concerto con l'utente o il civilmente obbligato), il soggetto più idoneo a soddisfare i bisogni rilevati nelle aree apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività;
- Modulare sul singolo caso la presa in carico a seconda dell'evoluzione del bisogno

Pertanto, l'accesso è così modulato:

- Il MMG invia al DSM o all'U.O. distrettuale competente per il caso la proposta di accesso al servizio sociosanitario e, di concerto con il Coordinamento dell'Ufficio di Piano, si procede alla convocazione dell'UVI;
- Per ogni utente valutato in UVI, è compilata ed adottata la modulistica S.V.A.M.Di. di cui alla DGRC n.1811/07.
- Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema "D" allegato alla suddetta DGRC.
- Il MMG è tenuto alla compilazione della scheda "A", lo Specialista competente per la patologia dovrà utilizzare la scheda "B" e l'Assistente Sociale dell'Ambito dovrà effettuare la valutazione sociale utilizzando sempre la Scheda "C".
- Entro 30 gg. dalla richiesta di accesso viene effettuata la valutazione multidimensionale in UVI, viene redatto un verbale utilizzando la Scheda "D" della modulistica S.V.A.M.Di. contenente il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale.

I PTRI sostenuti da budget di salute hanno una temporalità massima di due anni, durante tale periodo l'UVI provvede alla verifica e valutazione del livello assistenziale con periodicità semestrale. Dopo i primi due anni massimo, le persone in carico in PTRI sostenuti con BdS, passano dai bisogni a prevalenza sanitaria e a rilevanza sociale a bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria.
Dopo i primi due anni i PTRI sostenuti con BdS, di natura sanitaria, sociale o sociosanitaria possono essere prorogati per un anno, a seguito di valutazione UVI al termine dei quali possono uscire dal sistema, in quanto le autonomie economico-sociali delle persone dovranno essere garantite dalle compagini sociali dei cogestori e destinatarie del BdS.
Le persone in condizione cronico/ degenerative dovranno essere sottoposte ad UVI per valutare le condizioni di non autosufficienza tali da consentire l'accesso in un diverso setting assistenziale.
L'ASL di Caserta ha disciplinato la materia di cui si tratta con i seguenti Atti Deliberativi.

Con **delibera n.1684 del 03/12/2013** ad oggetto *"Procedura Pubblica per la costituzione dell'albo fiduciario dei cogestori di PTRI sostenuti da BdS. Recepimento Regolamento ed avvio delle procedure di selezione"* È stato adeguato il Regolamento aziendale che disciplina l'accesso all'albo fiduciario dei cogestori di PTRI sostenuti da BdS alle nuove indicazioni regionali. Si è dato, tra l'altro, mandato al Servizio Provveditorato di attivare ed espletare le procedure di selezione per la costituzione dell'Albo.
Con **delibera n.866 del 15/06/2015** ad oggetto "*Adempimenti in esecuzione del Decreto del Commissario ad Acta n. 53 del 29/05/2015*" si è preso atto tra l'altro:

- Del Regolamento normativo contrattuale per il rapporto tra l'ASL di Caserta/ Ambiti Territoriali ed i cogestori approvato con deliberazione n. 1684/13 "Procedura pubblica per la costituzione dell'albo fiduciario dei cogestori di progetti terapeutico-riabilitativi individuali sostenuti da budget di salute. Recepimento regolamento ed avvio delle procedure di selezione"
- Della Procedura per l'attivazione dei bandi di affidamento a cogestori PTRI/BdS (allegato 2)
- Che i tetti di spesa per ciascun cogestore sono rappresentati da quanto definito con la delibera 1684/13 ovverosia € 200.000(duecentomila) comprensiva della quota ASL, della quota Ambito Territoriale e dell'eventuale compartecipazione dell'utente;

Con delibera **n.124 del 09/09/2016** ad oggetto "*Affidamento PTRI/BdS attraverso le UVI. Adeguamento Procedura nuovo codice degli appalti*" si è adottato tra l'altro di:

- Unificare in un unico elenco aziendale i 10 elenchi suddivisi per Ambito Territoriale (allegato 4);
- Considerare l'elenco dei cogestori di PTRI/BdS approvato senza limiti temporali;
- Stabilire che ogni sei mesi si procede alla revisione dell'elenco dei cogestori di PTRI/BdS;
- Confermare che la procedura per l'affidamento del progetto al cogestore è quella prevista dalla deliberazione n. 866 del 15/06/2015, i cui elementi indispensabili sono rappresentati dalla massima trasparenza e dal coinvolgimento dell'utente nella scelta della cooperativa;
- Stabilire la commissione per la valutazione ed ammissione dei richiedenti, rappresentativa dei distretti sanitari e degli Ambiti Territoriali.

Nella stessa delibera come allegato 4 è riportato l'elenco unificato dei cogestori.

Con delibera **n.587 del 04/05/2018** ad oggetto "Adeguamento Procedura nuovo codice degli appalti D.Lgs. n. 50/2016. Revisione ed integrazione elenco aziendale dei cogestori di PTRI/BdS. Anno 2018" viene tra l'altro:

- Aggiornato l'elenco unico aziendale con l'inserimento nell'elenco unico Aziendale delle cooperative risultate idonee (allegato1 della del.587/18)
- Che in applicazione del nuovo codice degli appalti D.Lgs. n. 50/2016 si procederà alla prossima revisione dell'elenco dei cogestori nel corso dell'anno 2019

Inoltre, si impone che il Direttore di distretto ogni anno, tra l'altro deve

- Trasmettere con cadenza almeno trimestrale report completo in modo da consentire al Coordinamento Sociosanitario le verifiche sul raggiungimento del tetto massimo previsto (200000,00 euro/anno complessivi per cooperativa per l'intera ASL)

- Acquisire all'atto dell'assegnazione di ogni nuovo progetto dichiarazione della cooperativa cogestrice che pur con la nuova assegnazione, non supera il tetto annuo di 200.000,00 euro

Sulla scorta di quanto sopra e da quanto è emerso dai recenti fatti di cronaca che ha portato l'A.G. ad emettere provvedimenti restrittivi nei confronti di diversi dipendenti del DSM della ASL di Caserta, si ritiene necessario che, oltre a quanto già previsto:

- Venga predisposto, ad opera dei direttori di distretto con cadenza trimestrale, un controllo incrociato tra il numero di utenti affidati ai cogestori ed i verbali UVI di affidamento.
- Venga acquisita da parte dei direttori di distretto, le relazioni redatte con cedenza semestrale dalla UVI di competenza inerente la verifica e valutazione del livello assistenziale per ogni utente affidato ai cogestori.
- Venga predisposto e trasmesso da parte dei direttori di distretto al Coordinamento Socio Sanitario report completo inerente le verifiche sul raggiungimento del tetto massimo previsto di 200.000,00 euro/anno complessivi per cogestore per l'intera ASL.
- Pubblicazione periodica con cadenza semestrale sul sito web aziendale dell'elenco dei cogestori opportunamente aggiornato.
- Stabilire periodica rotazione del personale ASL facente parte della/e Commissioni UVI.
- Rotazione almeno biennale dei componenti della/e Commissioni UVI.
- Acquisire le dichiarazioni di assenza di incompatibilità/inconferibilità con l'incarico di componente della Commissione UVI ogni qualvolta un utente viene affidato ad un cogestore.

**È stato pubblicato sul sito dell'ASL Caserta l'Elenco dei Cogestori di PTRI/BdS aggiornato al 2024. Delibera ASL n. 1892 del 12/11/2024.**

**Programmazione misure PTRI- Cogestori**

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Obiettivi |
|---|---|---|---|
| **I PTRI le UVI ed i Cogestori** | Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario | Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori Rotazione dei responsabili dei controlli | 100 % controlli requisiti nel 2025/'26 e'27 |
| | | | Rotaz 30 % nel '25;40% nel '26 e 30% nel '26 |
| | | Numero di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per rapporti con i cogestori/coopertive/etc rispetto al n. di dirigenti/collaboratori partecipanti alle procedure di affidamento. Dichiarazione di pantouflage | 100% nei tre anni |

*Tab.122: Misure Programmazione PTRI e Cogestori*

## 4.14 Spesa farmaceutica convenzionata ed interna

L'informazione scientifica spesso viene manipolata ad uso e consumo dei produttori di farmaci e tecnologie che per l'impiego di capitali effettuato nella ricerca scientifica, condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e i medici nella prescrizione di farmaci, atteso che questi ricevono le maggiori informazioni proprio dalla longa manus degli informatori che hanno carta bianca nel proporre iniziative gratuite a spese delle ditte produttrici.

Così anche nell'ambito della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche. In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni al fine di creare allarme su un determinato problema, fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati – ad esempio selezionando i soli indicatori di esito – o omettono alcuni risultati della ricerca per mostrare i soli benefici di un nuovo farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

- Furto di medicinali,
- Comparaggio farmaceutico,
- Improprio utilizzo di farmaci
- Richiesta di indebiti rimborsi,
- Il fenomeno c.d. “delle ricette ai morti” che si verifica quando il medico prescrive medicinali a pazienti inconsapevoli o addirittura deceduti con correlative erogazioni da parte della farmacia che riceve i rimborsi vendendo abusivamente farmaci de fustellati.

*"Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l’abuso dell’autonomia professionale da parte del medico all’atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell’attività di vigilanza e controllo quali- quantitativo delle prescrizioni da parte dell’azienda sanitaria.*
*Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all’associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente."*

La spesa farmaceutica convenzionata nella nostra ASL presenta il pro/capite tra i più bassi in Campania, ma in ogni caso quella complessiva (sia convenzionata, che in DPC ed interna) è comunque ingente.

Per tale motivo l'ASL Caserta ha attuato e continuerà ad attuare rigorose misure di controllo:

- Fissare per ogni medico di medicina generale e Pediatra di Libera scelta rigorosi obiettivi;
- In attuazione dei numerosi decreti del Commissario ad Acta;
- Monitorare tali obiettivi con report specifici;
- Elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, alle Commissioni distrettuali UCAD, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale;
- Potenziare le attività di distribuzione diretta sia per conto (DPC) tramite le farmacie convenzionate che tramite le nostre farmacie interne;
- Effettuare un rigoroso monitoraggio delle prescrizioni, tramite il portale SANIARP regionale, elaborato e gestito dalla nostra ASL, che sulla base dei decreti 56 e 57/2015, obbliga i prescrittori a registrare on line le proprie prescrizioni.

Elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci. A tal fine sarà richiesto a tutti gli operatori interessati **"la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti** " finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione, in particolare nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.
Copia delle dichiarazioni saranno pubblicate in apposita sezione del sito aziendale dell'Amministrazione trasparente".
L’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nei Piani deve trovare conforme riscontro negli altri strumenti di programmazione non potendosi disgiungere la stessa da un’adeguata programmazione e dalla valutazione delle performance individuali e dell’organizzazione.

**Programmazione misure Spesa farmaceutica**

| Azioni | Responsabile dell’attuazione | Indicatore di monitoraggio | obiettivi |
|---|---|---|---|
| **Spesa farmaceutica convenzionata ed interna** | Direttori U.O.C. Professionisti (Spec. ambulatoriali e | Nr. delle autocertificazioni di assenza di conflitto di interesse nei rapporti con fornitori, farmacie convenzionate ecc. | 50% nel ’25;60% nel ’26 e 70% nel ‘27 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | dei PPOO), farmacisti del Dipartimento Farmaceutico | rispetto al Totale dei dirigenti del Dip. Farmaceutico | |
| | | Obbligo delle dichiarazioni di assenza di conflitto per partecipazione a congressi, convegni con sponsorizzazione di aziende farmaceutiche e di prodotti sanitari con pubblicazione su specifica sez. del sito. Nr. Di dichiarazioni/n. professionisti partecipanti. | 100% delle dichiarazioni pubblicate |
| | | Nr. dei report notificati ai Direttori dei Distretti e ai singoli MMG e PLS | 8 report nel '25;10 report nel '26 e 12 nel '27 |

*Tab.123: Misure spesa farmaceutica convenzionata ed interna*

## *4.15 Ulteriori misure di controllo sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, sul rispetto delle liste di attesa e sui tetti di spesa dei centri accreditati*

Prestazioni specialistiche ambulatoriali sia per i centri accreditati che per le strutture pubbliche. Tutte le prestazioni specialistiche erogate dai Centri Accreditati e dalle strutture pubbliche saranno raccolte in un unico datawarehouse ed analizzato per ogni assistito (sulla base della chiave Codice Fiscale). Gli indicatori sono i seguenti:

- Numero di prestazioni di diagnostica radiologica ad alto costo (TAC, Risonanza, Ecodoppler etc.) per anno e per assistiti per verificare la ripetitività degli stessi. Ovviamente da tali indicatori saranno esclusi i pazienti con diagnosti 048 ed in corso di stadiazione. Tutti i pazienti con numero di esami TAC e RMN con n. esami maggiori di due per anno saranno invitati presso i distretti per una verifica sulle diagnosi e sulle motivazioni (esclusi i neoplastici);
- Controllo rigoroso delle diagnosi delle TAC, RMN e delle PET. Per le PET controllo rigoroso delle motivazioni (codice 048 e stadiazione). Per le PET obbligo di inserimento sul portale Sani.arp delle PET con la relativa motivazione diagnostica;
- Potenziamento delle strutture pubbliche di radiologia con apertura sabato e domenica. Saranno individuati indicatori specifici per le prestazioni "R "e sugli esami ripetuti;
- Per la diagnostica di laboratorio verifica della ripetitività delle indagini simili nello stesso paziente;
- Definizione all'inizio dell'anno delle delibere sui tetti di spesa con notifica ai Centri e monitoraggio mensile diffidando gli stessi ad erogare le prestazioni in dodicesimi del tetto;
- Accordo con i Centri di dialisi per l'invio dei pazienti per esami di laboratorio alle nostre strutture pubbliche individuando gli stessi quali punti prelievo e con trasporto garantito presso i nostri laboratori pubblici;
- Obbligo per gli specialisti ambulatoriali (SUMAI e Ospedalieri) di assicurare un significativo numero di prestazioni istituzionali da confrontare con il numero di prestazioni erogate in regime di intra-moenia;
- Pulizia delle liste di attesa con telefonate a 10 e 5 giorni prima di conferma.

## *4.16 La Normativa Antiriciclaggio e l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Analisi e adempimenti relativi*

La normativa antiriciclaggio ha lo scopo di impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da azioni illegali, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per la Pubblica Amministrazione.

L' art. 2 del D.Lgs. n. 231/2007 definisce " riciclaggio" le seguenti attività illecite, se commesse intenzionalmente:

- La conversione o il trasferimento di beni, effettuati essendo a conoscenza che essi provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività, allo scopo di occultare o dissimulare l'origine illecita dei beni medesimi o di aiutare chiunque sia coinvolto in tale attività a sottrarsi alle conseguenze giuridiche delle proprie azioni;
- L'occultamento o la dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sugli stessi, effettuati essendo a conoscenza che tali beni provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività;
- L'acquisto, la detenzione o l'utilizzazione di beni essendo a conoscenza, al momento della loro ricezione, che tali beni provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività;
- La partecipazione ad uno degli atti di cui alle lettere precedenti, l'associazione per commettere tale atto, il tentativo di perpetrarlo, il fatto di aiutare, istigare o consigliare qualcuno a commetterlo o il fatto di agevolarne l'esecuzione.

Il riciclaggio è considerato tale anche se le attività che hanno generato i beni da riciclare si sono svolte nel territorio di un altro Stato comunitario o di un Paese terzo.
L'azione di prevenzione di cui al comma 5 è svolta in coordinamento con le attività di repressione dei reati di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

### *4.16.1 La normativa*

Il fenomeno del riciclaggio nel contesto delle Pubbliche Amministrazioni è stato oggetto di specifica normativa da parte del legislatore mediante il D.lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e il D.lgs. 22 giugno 2007 n. 109. Norme adottate in recepimento delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE.
In data 19 giugno 2017 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90, in attuazione della IV Direttiva AML (Direttiva 2015/849/UE) e recante modifica al D.lgs. n. 231/2007 ed al D.lgs. n. 109/2007, con entrata in vigore a partire dal 4 luglio 2017. A tale proposito si ritiene utile riportare uno stralcio (COMMI 1,4,5, e 6) dell'art.10 del D.Lgs. 231/07 così come modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90 dove si legge:

*"Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:*

- Procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- Procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- Procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati. Al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, le Pubbliche amministrazioni comunicano alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La UIF, in apposite istruzioni, adottate sentito il Comitato di sicurezza finanziaria, individua i dati e le informazioni da trasmettere, le modalità e i termini della relativa comunicazione nonché gli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette. Le Pubbliche amministrazioni responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, nel quadro dei programmi di formazione continua del personale realizzati in attuazione dell'articolo 3 del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, adottano misure idonee ad assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate ai sensi del presente articolo. L'inosservanza delle norme di cui alla presente disposizione assume rilievo ai fini dell'articolo 21, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165".

Pertanto, ai sensi del c.4 del dell'art.10 del D.Lgs. 231/07 così come modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90 le pubbliche amministrazioni devono inviare alla Unità di Informazione Finanziaria (U.I.F.) della Banca d'Italia apposita comunicazione, quando sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Le pubbliche amministrazioni effettuano la comunicazione a prescindere dalla rilevanza e dall'importo dell'operazione sospetta.

Il sospetto deve essere basato su una compiuta valutazione degli elementi oggettivi e soggettivi acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale svolta, anche alla luce degli indicatori di anomalia riportati in allegato.

La comunicazione è inviata alla U.I.F. anche quando L'Agenzia di Tutela della Salute disponga di dati e informazioni inerenti a operazioni rifiutate o interrotte ovvero eseguite in tutto o in parte presso altri destinatari di autonomi obblighi di segnalazione. Il sospetto di operazioni riconducibili al finanziamento del terrorismo si desume anzitutto dal riscontro di un nominativo e dei relativi dati anagrafici nelle liste pubbliche consultabili sul sito internet della U.I.F. Non è sufficiente, ai fini della comunicazione, la mera omonimia, qualora le pubbliche amministrazioni possano escludere, sulla base di tutti gli elementi disponibili, che uno o più dati identificativi siano effettivamente gli stessi riportati nelle liste.

Tra i dati identificativi sono comprese le cariche, le qualifiche e ogni altro dato riferito nelle liste che risulti incompatibile con il profilo economico-finanziario e con le caratteristiche oggettive e soggettive del nominativo. Il sospetto di operazioni riconducibili al finanziamento del terrorismo può desumersi altresì dalla rilevazione degli elementi di carattere oggettivo e soggettivo riportati nelle comunicazioni UIF del 18 aprile 2016 e del 13 ottobre 2017. Le comunicazioni alla U.I.F. di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette è un atto distinto dalla denuncia di fatti penalmente rilevanti. Le pubbliche amministrazioni assicurano la massima riservatezza dell'identità delle persone che effettuano la comunicazione e del contenuto della medesima

### *4.16.2 L'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (U.I.F.)*

L'UIF è stata istituita dal D.lgs. n. 231/2007 presso la Banca d'Italia in posizione d'indipendenza e autonomia funzionale, (art.6), in conformità di regole e criteri internazionali che prevedono la presenza in ciascuno Stato di financial intelligence unit (FIU), dotate di piena autonomia operativa e gestionale; ha iniziato a operare il 1° gennaio 2008, subentrando all'Ufficio Italiano dei Cambi (U.I.C.) nel ruolo di autorità centrale antiriciclaggio

La Banca d'Italia disciplina con proprio regolamento l'organizzazione e il funzionamento della UIF, che si avvale di risorse umane e tecniche, di mezzi finanziari e di beni strumentali della stessa Banca d'Italia
La responsabilità della gestione della UIF spetta in autonomia al Direttore, nominato con provvedimento del Direttorio della Banca d'Italia, su proposta del Governatore, tra persone dotate di adeguati requisiti di onorabilità, professionalità e conoscenza del sistema

Le attività della U.I.F. sono declinate nel D.Lgs. 231/07 cui si rimanda per i dettagli.

Il "*Gestore*" è il Referente delle comunicazioni di operazioni sospette, nominato dal Direttore Generale per trasmettere le segnalazioni all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia. (UIF). Ha il compito di:

- Acquisire le comunicazioni di operazioni sospette provenienti dai Responsabili delle articolazioni organizzative (UOC/UOSD/UOS) dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta (ASLCE) secondo le seguenti modalità;
- Valutare la correttezza delle comunicazioni di operazioni sospette pervenute e, previo confronto con il Responsabile della comunicazione e con il supporto del Direttore dell'UOC Gestione Economico Finanziaria, trasmetterle o meno alla U.I.F.;
- Informare la Direzione dell'ASLCE circa le decisioni da intraprendere riguardo a transazioni sospette e/o sensibili.
- Garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni. A tal proposito la U.I.F. considera quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni e gli approfondimenti connessi con le operazioni sospette comunicate la persona individuata quale "Gestore" nonché la relativa struttura organizzativa indicata in sede di adesione al sistema di comunicazione on-line.

L'ASL CE, tramite il "Gestore", effettua la comunicazione contenente i dati, le informazioni, la descrizione delle operazioni ed i motivi del sospetto e collabora con l'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) rispondendo tempestivamente alla richiesta di ulteriori informazioni. Spetta alla U.I.F. emanare istruzioni, sui dati e le informazioni che devono essere contenuti nelle comunicazioni di operazioni sospette e nelle

comunicazioni oggettive, sulla relativa tempistica nonché sulle modalità di tutela della riservatezza dell'identità del segnalante; al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette la U.I.F. diffonde e aggiorna periodicamente, previa presentazione al Comitato di sicurezza finanziaria, gli indicatori di anomalia mediante pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e in apposita sezione del proprio sito istituzionale

### *4.16.3 Indicatori di anomalia*

Gli indicatori di anomalia sono definiti nel provvedimento della U.I.F. del 23 aprile 2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 269 del 19 novembre 2018 (a cui si rimanda). Essi costituiscono gli strumenti di ausilio previsti dal d.lgs. 231/2007 per la rilevazione delle operazioni sospette e ridurre i margini di incertezza delle valutazioni soggettive connesse alle comunicazioni di operazioni sospette e hanno lo scopo di contribuire alla correttezza e omogeneità delle comunicazioni medesime. Essi consistono in una elencazione a carattere esemplificativo di connotazioni di operatività ovvero di comportamenti della clientela da ritenere "anomali" e potenzialmente caratterizzanti intenti di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. L'impossibilità di ricondurre operazioni o comportamenti a uno o più degli indicatori non è sufficiente a escludere che l'operazione sia sospetta; vanno valutati pertanto con la massima attenzione ulteriori comportamenti e caratteristiche dell'operazione che, sebbene non descritti negli indicatori, siano egualmente sintomatici di profili di sospetto. La mera ricorrenza di operazioni o comportamenti descritti in uno o più indicatori di anomalia non è motivo di per sé sufficiente per la qualificazione dell'operazione come sospetta ai fini della comunicazione alla UIF, ma è comunque necessario svolgere una specifica analisi nel concreto e una valutazione complessiva dell'operatività avvalendosi di tutte le altre informazioni disponibili.
Le Pubbliche Amministrazioni applicano gli indicatori rilevanti alla luce dell'attività istituzionale in concreto svolta e si avvalgono degli indicatori di carattere generale unitamente a quelli specifici per tipologia attività.

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|---|---|---|
| **Applicazione normativa antiriciclaggio** | | | | | |
| | Adozione della procedura antiriciclaggio | Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio | Entro Gennaio 2024 | Adozione della procedura | Corretta attuazione della procedura |
| | | | | | |

*Tab.124: Applicazione normativa antiriciclaggio*

É compito, comunque, degli Uffici dell'ASL CE, dei loro Responsabili e del Gestore valutare le operazioni ed i fatti oggetto di verifica secondo criteri che, in base alle circostanze ed indipendentemente dalla presenza od assenza degli indicatori di anomalia, possano ragionevolmente evidenziare elementi sintomatici di fatti contrari alla legge. A tal fine il Gestore può concordare con tali soggetti di inserire, tra i fatti rappresentativi di potenziali situazioni contrarie alla legge ulteriori indicatori di anomalia.

**Comunicazione dell'operazione sospetta alla Unità di Informazione Finanziaria (U.I.F.).**

Il Gestore verifica le risultanze delle comunicazioni svolte ed argomentate dai Responsabili di Unità Operativa:

- In caso di decisione negativa, specifica le motivazioni per le quali non ha ritenuto opportuno effettuare la segnalazione;
- In caso di decisione positiva, provvede senza ritardo alla compilazione e all'invio della comunicazione/segnalazione di operazione sospetta, tramite il portale INFOSTAT-UIF della Banca d'Italia, previa adesione al sistema di comunicazione on-line.

Le modalità per l'adesione al sistema di comunicazione on-line e per la trasmissione delle informazioni sono indicate in un apposito comunicato pubblicato nel sito internet della U.I.F. (https://uif.bancaditalia.it/portale-infostat-uif/modalita-accesso/index.html)

Tali segnalazioni dovranno essere effettuate esclusivamente attraverso modalità telematica tramite l'applicazione messa a disposizione dall'UIF della Banca d'Italia al link sopra riportato.

**Riservatezza e tutela del segnalante**

L'intero iter valutativo e di comunicazione delle operazioni sospette è coperto dalla massima riservatezza. Tutto il personale è tenuto ad evitare ogni diffusione non necessaria di informazioni sia all'interno dell'ASLCE che all'esterno. I soggetti obbligati adottano tutte le misure idonee ad assicurare la riservatezza dell'identità delle persone che effettuano la comunicazione. L'identità del segnalante non può essere rivelata a meno che l'Autorità Giudiziaria non disponga altrimenti, con provvedimento motivato, qualora lo ritenga indispensabile ai fini dell'accertamento dei reati per i quali si procede. Il trattamento delle informazioni da parte degli operatori avviene nel rispetto delle disposizioni previste in materia di protezione dei dati personali.

### *4.16.4 Programmazione misure Antiriciclaggio*

Indicatori di Anomalia di Operazioni Sospette di Riciclaggio (vengono riportati solo esempi più significativi).

A. **Indicatori di anomalia connessi con l'identità o il comportamento del soggetto cui è riferita l'operazione**

- Il soggetto cui è riferita l'operazione ha residenza, cittadinanza o sede in Paesi terzi ad alto rischio, ovvero opera con controparti situate in tali Paesi, e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione ha residenza, cittadinanza o sede in un Paese la cui legislazione non consente l'identificazione dei nominativi che ne detengono la proprietà o il controllo;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione risiede in una zona o in un territorio notoriamente considerati a rischio, in ragione tra l'altro dell'elevato grado di infiltrazione criminale, di economia sommersa o di degrado economico-istituzionale;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documenti (quali, ad esempio, titoli o certificati), specie se di dubbia autenticità, attestanti l'esistenza di cospicue disponibilità economiche o finanziarie in Paesi terzi ad alto rischio;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta garanzie reali o personali rilasciate da soggetti con residenza, cittadinanza o sede in Paesi terzi ad alto rischio ovvero attinenti a beni ubicati nei suddetti Paesi;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione fornisce informazioni palesemente inesatte o del tutto incomplete o addirittura false ovvero si mostra riluttante a fornire ovvero rifiuta di fornire informazioni, dati e documenti comunemente acquisiti per l'esecuzione dell'operazione, in assenza di plausibili giustificazioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documentazione che appare falsa o contraffatta ovvero contiene elementi del tutto difformi da quelli tratti da fonti affidabili e indipendenti o presenta comunque forti elementi di criticità o di dubbio;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione rifiuta di ovvero è reticente a fornire informazioni o documenti concernenti aspetti molto rilevanti, specie se attinenti all'individuazione dell'effettivo beneficiario dell'operazione;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione risulta collegato, direttamente o indirettamente, con soggetti sottoposti a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale ovvero con persone politicamente esposte o con soggetti censiti nelle liste pubbliche delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo, e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni;

- Il soggetto cui è riferita l'operazione è notoriamente contiguo (ad esempio, familiare, convivente, associato) ovvero opera per conto di persone sottoposte a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale o ad altri provvedimenti di sequestro;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è notoriamente contiguo (ad esempio, familiare, convivente, associato) ovvero opera per conto di soggetti censiti nelle liste delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo o comunque notoriamente riconducibili ad ambienti del radicalismo o estremismo;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è un'impresa, specie se costituita di recente, partecipata da soci ovvero con amministratori di cui è nota la sottoposizione a procedimenti penali o a misure di prevenzione o che sono censiti nelle liste delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo, ovvero notoriamente contigui a questi;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da strutture societarie opache (desumibili, ad esempio, da visure nei registri camerali) ovvero si avvale artificiosamente di società caratterizzate da catene partecipative complesse nelle quali sono presenti, a titolo esemplificativo, trust, fiduciarie, fondazioni, international business company;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da ripetute e/o improvvise modifiche nell'assetto proprietario, manageriale (ivi compreso il "direttore tecnico") o di controllo dell'impresa;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è un'impresa, specie se costituita di recente, controllata o amministrata da soggetti che appaiono come meri prestanome.

**B. Indicatori di anomalia connessi con le modalità (di richiesta o esecuzione) delle operazioni.**

- Acquisto di beni o servizi non coerente con l'attività del soggetto cui è riferita l'operazione, specie se seguito da successivo trasferimento del bene o servizio in favore di società appartenenti allo stesso gruppo, in mancanza di corrispettivo;
- Impiego di disponibilità che appaiono del tutto sproporzionate rispetto al profilo economico patrimoniale del soggetto (ad esempio, operazioni richieste o eseguite da soggetti con "basso profilo fiscale" o che hanno omesso di adempiere agli obblighi tributari);
- Operazioni richieste o effettuate da organizzazioni non profit ovvero da organizzazioni non governative che, per le loro caratteristiche (ad esempio tipologie di imprese beneficiarie o aree geografiche di destinazione dei fondi), risultano riconducibili a scopi di finanziamento del terrorismo ovvero manifestamente incoerenti con le finalità dichiarate o comunque proprie dell'ente in base alla documentazione prodotta, specie se tali organizzazioni risultano riconducibili a soggetti che esercitano analoga attività a fini di lucro;
- Offerta di polizze di assicurazione relative ad attività sanitaria da parte di agenti o brokers operanti in nome e/o per conto di società estere, anche senza succursali in Italia, a prezzi sensibilmente inferiori rispetto a quelli praticati nel mercato;
- Frequente e inconsueto rilascio di deleghe o procure al fine di evitare contatti diretti ovvero utilizzo di indirizzi, anche postali, diversi dal domicilio, dalla residenza o dalla sede, o comunque ricorso ad altre forme di domiciliazione di comodo;
- Frequente richiesta di operazioni per conto di uno o più soggetti terzi, in assenza di ragionevoli motivi legati al tipo di attività esercitata o al rapporto tra le parti o a particolari condizioni adeguatamente documentate;
- Presentazione di garanzie personali rilasciate da parte di soggetti che sembrano operare in via professionale senza essere autorizzati allo svolgimento dell'attività di prestazione di garanzie;
- Richiesta ovvero esecuzione di operazioni con configurazione illogica ed economicamente o finanziariamente svantaggiose, specie se sono previste modalità eccessivamente complesse od onerose, in assenza di plausibili giustificazioni;
- Proposta di regolare sistematicamente i pagamenti secondo modalità tali da suscitare il dubbio che si intenda ricorrere a tecniche di frazionamento del valore economico dell'operazione;
- Ripetuto ricorso a contratti a favore di terzo, contratti per persona da nominare o a intestazioni fiduciarie, specie se aventi ad oggetto diritti su beni immobili o partecipazioni societarie.

**C. Indicatori specifici per settore di attività**

*Settore appalti e contratti pubblici*

- Partecipazione a gara per la realizzazione di lavori pubblici o di pubblica utilità, specie se non programmati, in assenza dei necessari requisiti (soggettivi, economici, tecnico-realizzativi, organizzativi e gestionali) con apporto di rilevanti mezzi finanziari privati, specie se di incerta provenienza o non compatibili con il profilo economico-patrimoniale dell'impresa, ovvero con una forte disponibilità di anticipazioni finanziarie e particolari garanzie di rendimento prive di idonea giustificazione.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture in assenza di qualsivoglia convenienza economica all'esecuzione del contratto, anche con riferimento alla dimensione aziendale e alla località di svolgimento della prestazione.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di un raggruppamento temporaneo di imprese, costituito da un numero di partecipanti del tutto sproporzionato in relazione al valore economico e alle prestazioni oggetto del contratto, specie se il singolo partecipante è a sua volta riunito, raggruppato o consorziato.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di una rete di imprese il cui programma comune non contempla tale partecipazione tra i propri scopi strategici.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di soggetti che, nel corso dell'espletamento della gara, ovvero della successiva esecuzione, realizzano operazioni di cessione, affitto di azienda o di un suo ramo ovvero di trasformazione, fusione o scissione della società, prive di giustificazione.
- Presentazione di offerta con un ribasso sull'importo a base di gara particolarmente elevato nei casi in cui sia stabilito un criterio di aggiudicazione al prezzo più basso, ovvero che risulta anormalmente bassa sulla base degli elementi specifici acquisiti dalla stazione appaltante, specie se il contratto è caratterizzato da complessità elevata.
- Presentazione di una sola offerta da parte del medesimo soggetto nell'ambito di procedure di gara che prevedono tempi ristretti di presentazione delle offerte, requisiti di partecipazione particolarmente stringenti e un costo della documentazione di gara sproporzionato rispetto all'importo del contratto, specie se il bando di gara è stato modificato durante il periodo di pubblicazione.
- Ripetuti affidamenti a un medesimo soggetto, non giustificati dalla necessità di evitare soluzioni di continuità di un servizio nelle more della indizione ovvero del completamento della procedura di gara.
- Ripetute aggiudicazioni a un medesimo soggetto, in assenza di giustificazione, specie se in un breve arco temporale, per contratti di importo elevato e mediante affidamenti diretti o con procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara, o a seguito di procedura a evidenza pubblica precedentemente revocata.
- Contratto aggiudicato previo frazionamento in lotti non giustificato in relazione alla loro funzionalità, possibilità tecnica o convenienza economica.
- Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione, consistenti in una variazione delle prestazioni originarie, in un allungamento dei termini di ultimazione dei lavori, servizi o forniture, in rinnovi o proroghe, al di fuori dei casi normativamente previsti, o in un significativo incremento dell'importo contrattuale.
- Esecuzione del contratto caratterizzata da ripetute e non giustificate operazioni di cessione, affitto di azienda o di un suo ramo, ovvero di trasformazione, fusione o scissione della società.
- Ricorso al subappalto oltre la quota parte subappaltabile, in assenza di preventiva indicazione in sede di offerta ovvero senza il necessario deposito del contratto di subappalto presso la stazione appaltante o della documentazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di legge.
- Esecuzione delle attività affidate al contraente generale direttamente o per mezzo di soggetti terzi in assenza di adeguata esperienza, qualificazione, capacità organizzativa tecnico-realizzativa e finanziaria.
- Esecuzione della prestazione oggetto della sponsorizzazione mediante il ricorso a subappalti oltre i limiti imposti per i contratti pubblici ovvero mediante il ripetuto ricorso a sub affidamenti, specie se in reiterata violazione degli obblighi contrattuali e delle prescrizioni impartite dall'amministrazione in ordine alla progettazione, direzione ed esecuzione del contratto.

## *5.Sottosezione di programmazione-Trasparenza e accessibilità*

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito **alla trasparenza si arricchisce**, a seguito dell'introduzione del PIAO, **con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico.** Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli *stakeholder,* sia esterni che interni

Per favorire la creazione di **valore pubblico**, l'ASL Caserta individua e si prefigge specifici **obiettivi strategici**, che riguardano anche la trasparenza, quali ad esempio:

- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei, nazionali e regionali del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), del programma nazionale equità nella salute (PNES) e del fondo europeo di sviluppo regionale (FESR)
- Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- Promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli *stakeholder*, sia interni che esterni;
- Miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "*Amministrazione trasparente*"
- Miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- Digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- Individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli *stakeholder* alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- Digitalizzazione del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- Promozione di strumenti di condivisione di esperienze e best practies (Es: costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- Consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO (PTPCT) integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO (PTPCT) e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni
- Miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente
- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- Introduzione dei principi *E.S.G. (**Environmental, Social, Governance***)*, nell'ambito delle attività aziendali

Con la pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, la trasparenza si pone inoltre come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà.

## *5.1 Obiettivi strategici*

Gli obiettivi strategici dell'Asl di Caserta **per il triennio 2025 – 2027** sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta e al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati dall'Azienda.
Vengono, pertanto, individuati i seguenti obiettivi:

- Trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezioni di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza, fruibilità e conseguente costante integrazione ed aggiornamento dei dati, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'Azienda;
- Implementazioni di ulteriori misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza ed aiutare l'Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;
- Massima tracciabilità e trasparenza dell'utilizzo delle risorse finanziarie assegnate;
- Piena attuazione degli obblighi di trasparenza specifici e settoriali derivanti dall'applicazione del D.Lgs. n. 36/2023 e s.s.m. nuovo Codice degli Appalti e Contratti;
- Garanzia, per l'utenza, di una adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, al fine di rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;
- Implementazione di ulteriori misure di automatismo nella pubblicazione delle informazioni e dei documenti;
- Controllo diffuso e trasparente sulla performance aziendale.

**Obiettivi operativi di trasparenza di breve periodo (un anno) sono**:

- Aumento del flusso informativo interno all'Ente, mediante la strutturazione di varie iniziative organizzative e operative (potenziamento del sito internet, comunicazioni interne);
- Ricognizione e utilizzo delle banche dati e degli applicativi già in uso al fine di identificare eventuali, ulteriori possibilità di produzione automatica del materiale richiesto.

## *5.2 Soggetti responsabili del monitoraggio sulla trasparenza*

- Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'OIV. A seguito dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato, il responsabile per la trasparenza e i dirigenti responsabili delle varie funzioni controllano la regolare attuazione dell'accesso civico. Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV (o dell'organismo con funzioni analoghe) e all'invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori – utili a superare le criticità segnalate dall' OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili;
- **L'Organismo Indipendente di Valutazione.** Nell'ottica di partecipazione alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL, va inquadrato il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «*Amministrazione trasparente*» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.
- **I Dirigenti aziendali** hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del Programma Triennale della Trasparenza per la parte di loro competenza. Il D.lgs. 97/2016 demanda ai singoli dirigenti responsabili dei servizi dell'Azienda la garanzia del regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Il mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione costituisce illecito disciplinare, oltre alle ulteriori conseguenze e sanzioni specificatamente previste dalla normativa;
- **Stakeholder interni ed esterni.** La cultura della trasparenza ha una valenza trasversale in tutti gli

ambiti di attività e coinvolge necessariamente i soggetti interni ed esterni all'Azienda sia come detentori e comunicatori dei dati sia come fruitori delle informazioni. In particolare, in una amministrazione complessa come quella sanitaria possono esser individuati alcuni soggetti che più facilmente ed immediatamente possono essere qualificati come stakeholder, ma solo una costante azione di monitoraggio ed una analisi del flusso di comunicazione potrà consentire di individuare più compiutamente la reale platea. E' importante favorire il coinvolgimento delle associazioni dei consumatori, le associazioni di volontariato maggiormente rappresentative sul territorio, i sindacati del personale dirigente e del comparto, e del personale convenzionato. La diffusione del presente Piano viene garantita a tali organismi attraverso la pubblicazione on line di un invito a proporre le azioni di miglioramento che considereranno utili all'ottimizzazione del programma della Trasparenza. L'Asl di Caserta si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli stakeholder, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità. L'Asl di Caserta intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholders attraverso differenti modalità:

1. *Indiretta*, attraverso le segnalazioni pervenute tramite la posta elettronica o presentate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e per le notizie apprese tramite i media locali;
2. *Diretta*, con l'invio di una mail all'indirizzo urpfrontoffice@aslcaserta.it , e mettendo a disposizione una mail dedicata: *trasparenza@aslcaserta.it* per raccogliere suggerimenti e proposte di modifiche da apportare al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi di trasparenza e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholders interni ed esterni. A tal fine prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento deve essere pubblicato sul sito Internet apposito avviso (da inviare anche alla Direzione aziendale, responsabili delle strutture interne, OO.SS) al fine di raccogliere suggerimenti e proposte. Sulla base delle proposte e dei suggerimenti pervenuti da tutti i soggetti interni ed esterni, il RT elabora la bozza finale di piano che viene inviata e condivisa con la Direzione Aziendale prima della formale approvazione.

### *5.3 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati*

In base all'art. 1 comma 3 del d.lgs. n. 33 del 2013 gli obblighi di trasparenza integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dall'amministrazione a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art.117 secondo comma *lett. m)* della Costituzione. L'attuazione di detti obblighi costituisce obiettivo trasversale comune a tutte le strutture Aziendali rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni e della performance individuale dei dirigenti.
Nel d.lgs. n. 33 del **2013 le responsabilità sono incardinate, oltre che nella figura del RPCT, anche nei dirigenti responsabili, che sono "responsabili della elaborazione e della trasmissione" dei documenti, delle informazioni e dei dati**. Infatti, l'art. 10 prevede che l'amministrazione debba indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (nella mappa degli obblighi di pubblicazione). Per quanto **riguarda i dirigenti responsabili, in base all'art. 43, comma 3, gli stessi devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.**
Inoltre, come chiarisce la modifica al comma 4 dell'art. 43, **ricade sotto la loro responsabilità anche il controllo della regolare attuazione dell'accesso civico**, attese le rilevanti finalità dell'istituto. **L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione** (rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico) **costituisce**, ai sensi dell'art. 46, **elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale.** L'inadempimento non è sanzionato nel caso in cui sia data prova che il fatto deriva da causa non imputabile all'autore dello stesso. **Il Responsabile della trasparenza deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.** Il Responsabile deve segnalare

gli inadempimenti anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità. È prevista una specifica responsabilità nel caso di mancata pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di collaborazione e consulenza di cui all'art. 15, comma 2, (estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, soggetto percettore, ragione dell'incarico e ammontare erogato): la mancata pubblicazione comporta, nel caso di pagamento del corrispettivo, la responsabilità del dirigente che l'ha disposto, se accertata con procedimento disciplinare e il pagamento di una sanzione pari alla somma corrisposta, fatto salvo l'eventuale risarcimento del danno del destinatario (art. 15, comma 3).
Infine, ai sensi dell'art. 45, l'ANAC può ordinare di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013; la mancata pubblicazione entro il termine previsto costituisce illecito disciplinare a carico del responsabile della pubblicazione o del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni. Le norme sulla responsabilità vanno integrate con quanto previsto dalla legge n. 241 del 1990 in ordine ai responsabili di procedimento, anche non dirigenti: le pubblicazioni di cui al d.lgs. n. 33 del 2013 costituiscono parte del procedimento amministrativo e rientrano tra i compiti del responsabile di procedimento (ovvero del soggetto titolare del potere sostitutivo) il quale, ai sensi del co.1 lett. d) dell'art. 6 della legge n.241 del 1990, "cura le comunicazioni, le pubblicazioni e le notificazioni previste da leggi e dai regolamenti".

### *5.4 Dati da pubblicare*

L'ASL di Caserta pubblica, nella sezione denominata "*Amministrazione trasparente*" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013 così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016. Sul sito sono presenti anche informazioni non obbligatorie, ma ritenute utili per il cittadino. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità. L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali e dei Soggetti Responsabili cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nelle Tabelle degli Allegati 1 e 2 del presente PIAO.
Nel 2025 si procederà ad implementare la sezione Amministrazione Trasparente come da indicazioni fornite da **ANAC, giusta Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 "*Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi*" e dai relativi 14 allegati:**

-

| Dati identificativi del pagamento<br><br>N.B.: Non sono oggetto di pubblicazione i pagamenti effettuati per sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici pubblicati ai sensi degli artt.26 e 27 del D. Lgs. n. 33/2013. Si ricorda che da tali vantaggi economici sono esclusi quelli di importo inferiore a 1.000 euro nell'anno solare. | | |
|---|---|---|
| Ambito temporale di riferimento - anno | Anno di riferimento del pagamento | Numerico con formato:4 cifre (es. 2024) |
| Ambito temporale di riferimento – trimestre | Trimestre (1, 2, 3, 4 trimestre dell'anno di riferimento) | Numerico con formato: 1 cifra (es. 3) |
| Categoria di spesa | Valori possibili:<br>• **uscite correnti**<br>• **uscite in conto capitale** | Opzione vincolata |

| | | |
|---|---|---|
| Tipologia di spesa | Valori possibili per la categoria "**uscite correnti**":<br>• Acquisto di beni e servizi<br>• Contributi in conto esercizio<br>• Interessi passivi<br>• Altre spese per attività finanziarie<br>• Altre spese correnti<br><br>Valori possibili per la categoria "**uscite in conto capitale**"<br>• Investimenti in beni materiali<br>• Investimenti in beni immateriali<br>• Investimenti in attività finanziarie<br>• Contributi in conto capitale<br>• Altre spese in conto capitale | Opzione vincolata |
| Importo | Importo del singolo pagamento per il trimestre di riferimento, per singolo beneficiario | Decimale con separatore "," per le due cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Beneficiario | Beneficiario del pagamento*<br>*N.B:<br>Laddove i destinatari dei pagamenti di cui all'art.4-bis siano persone fisiche, utilizzare adeguate soluzioni tecniche per oscurare i dati identificativi, ad esempio, sostituendo il nominativo con l'espressione "Soggetto privato", oppure con l'inserimento di "omissis", etc. | Formato:<br>Codice fiscale di 11 cifre se persona giuridica;<br>in alternativa, opzione vincolata con valore "Soggetto privato" |

*Tab.125-Allegato 1: Trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-bis)*

| Organi di amministrazione e gestione con l'indicazione delle rispettive competenze<br>da replicare per ogni organo | | |
|---|---|---|
| Denominazione | Tipo di incarico/carica | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Competenze | Descrizione competenze/attività | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Articolazione degli uffici (ove il titolare dell'incarico/carica sia a capo di un Ufficio)*<br>da replicare per ogni ufficio dell'organo<br>*ove l'incarico/carica non comporti la titolarità di un ufficio, tale sezione non va compilata | | |
| Denominazione Ufficio livello dirigenziale | Denominazione Ufficio | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Denominazione Ufficio non di livello dirigenziale | Denominazione Ufficio | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Competenze | Descrizione competenze singolo ufficio | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Nominativo | Nome e Cognome del Dirigente responsabile dell'ufficio/altro | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Qualifica | Qualifica rivestita dal Dirigente Responsabile | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Riferimenti/Contatti*<br>*I riferimenti/contatti sono da intendersi riferiti alla Segreteria/Ufficio di supporto dell'organo di amministrazione e gestione | | |
| Recapito telefonico | Numero telefonico istituzionale | Formato: testo con |

| | | |
|---|---|---|
| | | lunghezza massima di 16 caratteri |
| Casella di posta elettronica ordinaria | PEO istituzionale | Formato (e-mail): testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Casella di posta elettronica certificata | PEC istituzionale | Formato (e-mail): testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

| Organi di indirizzo politico con l'indicazione delle rispettive competenze<br>da replicare per ogni organo | | |
|---|---|---|
| Denominazione | Tipo di incarico/carica | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Competenze | Descrizione competenze/attività | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Articolazione degli uffici<br>da replicare per ogni ufficio dell'organo | | |
| Denominazione Ufficio livello dirigenziale | Denominazione Ufficio | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Denominazione Ufficio non di livello dirigenziale | Denominazione Ufficio | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Competenze | Descrizione competenze singolo ufficio | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Nominativo | Nome e Cognome del Dirigente responsabile dell'ufficio/altro | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Qualifica | Qualifica rivestita dal Dirigente Responsabile | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Riferimenti/Contatti*<br>*I riferimenti/contatti sono da intendersi riferiti alla Segreteria/Ufficio di supporto dell'organo di indirizzo politico | | |
| Recapito telefonico | Numero telefonico istituzionale | Formato: testo con lunghezza massima di 16 caratteri |
| Casella di posta elettronica ordinaria | PEO istituzionale | Formato (e-mail): testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Casella di posta elettronica certificata | PEC istituzionale | Formato (e-mail): testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

| Organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche | | |
|---|---|---|
| Organigramma | Link all'organigramma o analoghe rappresentazioni | URL: |

| | | |
|---|---|---|
| | grafiche*<br>***da intendersi come illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione**<br>Dove previsto, dall'organigramma sarà possibile recuperare le informazioni di ciascun ufficio (titolare, competenze, riferimenti e contatti) | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 126: Allegato 2: Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni (art. 13 d.lgs. 33/2013)*

| SEZIONE | AGGIORNAMENTO | RIF. NORMATIVI |
|---|---|---|
| Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance | Tempestivo | Art. 31 del D. Lgs. n. 33/2013 e art.14, co. 4, lett. c) del D. Lgs. n. 150/2009 |
| Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni | Tempestivo | Art. 31 del D. Lgs. n. 33/2013 e art.14, co. 4, lett. a) del D. Lgs. n. 150/2009 |
| Altri atti degli organismi indipendenti di Valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (se adottati) | Tempestivo | Art. 31 del D. Lgs. n. 33/2013 |

*Tab.127: Allegato 3: Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione (art. 31 d.lgs. n. 33/2013)*

| DATI IDENTIFICATIVI DEL DOCUMENTO | | |
|---|---|---|
| Data di pubblicazione | Data di pubblicazione del documento | Data<br>Formato: GG/MM/AAAA |
| Documento | Link al documento pubblicato nel sito istituzionale | URL |

| SEZIONE | AGGIORNAMENTO | RIF. NORMATIVI |
|---|---|---|
| Rilievi – recepiti e non – della Corte dei Conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici | Tempestivo | Art. 31 del D. Lgs. n.33/2013 |

| Rilievi della Corte dei Conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici (vanno indicati sia i rilievi recepiti che quelli non recepiti)<br>da replicare per ogni rilievo | | |
|---|---|---|
| Data di pubblicazione | Data di pubblicazione del rilievo della Corte dei Conti | Data<br>Formato: GG/MM/AAAA |
| Oggetto | Atto oggetto del rilievo.<br>Valori possibili:<br>• Organizzazione<br>• Attività<br>• Entrambe | Opzione vincolata |
| Recepimento o meno del rilievo da parte dell'amministrazione | Valori possibili:<br>• Recepito<br>• Non recepito<br>• Parzialmente recepito | Opzione vincolata |

| | | |
|---|---|---|
| Documento | Link al documento sui rilievi della Corte dei Conti | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

| SEZIONE | AGGIORNAMENTO | RIF. NORMATIVI |
|---|---|---|
| Relazioni degli organi di revisione amministrativa contabile al bilancio di previsione o budget e alle relat variazioni | Tempestivo | Art. 31 del D. Lgs. n.33/2013 |
| Relazioni degli organi di revisione amministrativa contabile al conto consuntivo o al bilancio di esercizio | Tempestivo | Art. 31 del D. Lgs. n.33/2013 |

| DATI IDENTIFICATIVI DEL DOCUMENTO | | |
|---|---|---|
| Data di pubblicazione | Data di pubblicazione del documento | Data<br>Formato: GG/MM/AAAA |
| Documento | Link al documento pubblicato nel sito istituzionale | URL: Formato: testo con Lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 128 e 129 Allegato 4: Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013 (come da Delibera ANAC) e Allegato 5: Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12 d.lgs. 33/2013)*

| SEZIONE | AGGIORNAMENTO | RIF.NORMATIVI |
|---|---|---|
| Riferimenti normativi su organizzazione e attività | Tempestivo | Art.12, c. 1 D. Lgs. n. 33/2013 |
| Atti generali | Tempestivo | Art.12, c. 1 D. Lgs. n. 33/2013 |
| Codice disciplinare e codice di condotta | Tempestivo | Art.12, c. 1 D. Lgs. n. 33/2013 |
| Documenti di programmazione strategico-gestionale | Tempestivo | Art.12, c. 1 D. Lgs. n. 33/2013 |
| Atti degli organismi indipendenti di valutazione | Tempestivo | Art.12, c. 1 D. Lgs. n. 33/2013 |
| Statuti e leggi regionali e regolamenti | Tempestivo | Art.12, c. 2 D. Lgs. n. 33/2013 |

*Tab. 130: Riferimenti normativi su istituzione, organizzazione e attività*

| Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni/società ed enti<br>da replicare per ogni riferimento normativo | | |
|---|---|---|
| Riferimento normativo | Indicazione del riferimento normativo | Formato: testo con lunghezza massima di 64 caratteri |
| Link | Link alla norma pubblicata nella banca dati "Normattiva" | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 131: Atti generali*

| Atti che dispongono in generale sull'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<br>da replicare per ogni atto da pubblicare | | |
|---|---|---|
| Tipo di atto | Inserire un valore tra:<br>• Direttiva<br>• Circolare<br>• Programma<br>• Istruzione<br>• Decreto<br>• Determinazione<br>• Nota<br>• Provvedimento<br>• Altro*<br><br>*per "altro" si intende ogni atto che dispone in generale sull'organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procediment ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridi riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse | Opzione vincolata |
| Denominazione | Denominazione dell'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Data | Data in GG/MM/AAAA | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Link | Link agli atti su organizzazione, funzioni, obiettivi e procedimenti nonché atti di natura interpretativa di norme giuridiche | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 132 :Codice di comportamento e codice etico*

| Codice di comportamento e codice etico | | |
|---|---|---|
| Data di adozione | Data in GG/MM/AAAA | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Link | Link al documento | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 133: Documenti di programmazione strategico-gestionale*

| Documenti di programmazione strategico-gestionale<br>N.B.: per ogni documento vanno pubblicati i seguenti dati | | |
|---|---|---|
| Tipo di atto | Inserire un valore tra:<br>• Direttiva<br>• Documento di programmazione<br>• Obiettivo strategico | Opzione vincolata |
| Denominazione | Denominazione dell'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Data | Data in GG/MM/AAAA | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Link | Link al documento | URL: Formato: testo |

| | | |
|---|---|---|
| | | Con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 134 :Atti degli organismi indipendenti di valutazione*

| Atti degli organismi indipendenti di valutazione | | |
|---|---|---|
| Link | Link al documento o alla sotto-sezione di secondo livello di AT "Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe" ex art.31 ove i dati sono altresì pubblicati. | URL: Formato: testo con lungh. max di 256 caratteri |

*Tab. 135: Statuti e Leggi Regionali che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione*

| Statuti, Leggi Regionali, regolamenti<br>da replicare per ogni atto da pubblicare | | |
|---|---|---|
| Tipo di atto | Inserire un valore tra:<br>• Statuto<br>• Legge Regionale<br>• Atto organizzativo (anche di natura regolamentare) | Opzione vincolata |
| Numero | Identificativo interno dell'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 64 caratteri |
| Data | Data in GG/MM/AAAA | Data<br>Formato: GG/MM/AAAA |
| Link | Link ai testi ufficiali aggiornati | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 136 :Scadenziario obblighi amministrativi*

| Scadenziario dei nuovi obblighi amministrativi<br>da replicare per ogni obbligo (cfr. sulle modalità il DPCM 8 novembre 2013) | | |
|---|---|---|
| Destinatario dell'obbligo | Indicare se l'obbligo è in capo al:<br>• Cittadino<br>• Impresa<br>• Entrambi | Opzione vincolata |
| Data di efficacia | Data di efficacia dell'obbligo (GG/MM/AAAA) | Data<br>Formato: GG/MM/AAAA |
| Denominazione | Denominazione dell'obbligo amministrativo | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Descrizione | Descrizione sintetica dell'obbligo amministrativo | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Riferimento | Riferimento normativo | Formato: testo con lunghezza massima di 64 caratteri |
| Link | Link alla sezione del sito dedicato al servizio al quale l'obbligo si riferisce | URL: Formato: testo con Lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 137 :Allegato 6: Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale (art. 20, c. 1 e c. 2, d. lgs. n. 33/2013)*

| SEZIONE | AGGIORNAMENTO | RIF. NORMATIVI |
|---|---|---|
| Ammontare complessivo dei premi stanziati e distribuiti collegati alla performance | Tempestivo | Art.20, c. 1, D. Lgs. n.33/2013 |
| Criteri per l'assegnazione del trattamento accessorio personale dirigenziale | Tempestivo | Art.20, c. 2, D. Lgs. n.33/2013 |
| Criteri per l'assegnazione del trattamento accessorio personale NON dirigenziale | Tempestivo | Art.20, c. 2, D. Lgs. n.33/2013 |

*Tab. 138: Ammontare complessivo dei premi stanziati e distribuiti collegati alla performance*

| AMMONTARE COMPLESSIVO | | |
|---|---|---|
| Anno | Anno di riferimento | Numerico con formato: 4 cifre (es. 2024) |
| Premi stanziati | Ammontare premi stanziati | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Premi erogati | Ammontare premi erogati | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |

*Tab. 139 :Criteri di assegnazione e dati sulla distribuzione – PERSONALE DIRIGENZIALE*

| Criteri di assegnazione del trattamento accessorio e dati sulla distribuzione PERSONALE DIRIGENZIALE<br>N.B.: dati da pubblicare in forma aggregata | | |
|---|---|---|
| Criteri utilizzati per la misurazione e valutazione | Per le amministrazioni/enti tenuti all'adozione della sotto-sezione "Performance" del PIAO, l'obbligo di pubblicazione dei criteri di assegnazione del trattamento accessorio può essere assolto mediante:<br>- testo (set minimo di dati e informazioni) oppure<br>- link al documento sui sistemi di misurazione e valutazione della Performance per l'assegnazione del trattamento accessorio, solitamente richiamato nella sezione "Performance" del PIAO.<br><br>**N.B.: Possibili esempi di criteri di misurazione e valutazione: qualità del lavoro prestato; risultati raggiunti; qualità della preparazione; osservanza dei doveri di ufficio; attitudine ad assumere maggiori responsabilità; competenze dimostrate, eventualmente indicando il peso percentuale attribuito a ciascuna voce.** | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |
| Grado di differenziazione PERSONALE DIRIGENZIALE<br>da replicare annualmente | | |
| Premio complessivo annuale stanziato | Ammontare annuale complessivo del premio stanziato | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." |

| | | |
|---|---|---|
| | | per le migliaia |
| Premio complessivo annuale erogato | Ammontare complessivo annuo del premio erogato | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Premio mediamente percepito | Ammontare del premio mediamente percepito | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità | Valore percentuale dell'importo erogato ai dirigenti rispetto al totale dell'importo dei premi complessivamente erogati a tutto il personale (dirigenziale e non) | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali |

*Tab. 140: Criteri di assegnazione e dati sulla distribuzione – PERSONALE NON DIRIGENZIALE*

| Criteri di assegnazione del trattamento accessorio e dati sulla distribuzione<br>PERSONALE NON DIRIGENZIALE<br>N.B.: dati da pubblicare in forma aggregata | | |
|---|---|---|
| Criteri utilizzati per la misurazione e valutazione | Per le amministrazioni/enti tenuti all'adozione della sotto-sezione "Performance" del PIAO, l'obbligo di pubblicazione dei criteri di assegnazione del trattamento accessorio può essere assolto mediante:<br>- testo (set minimo di dati e informazioni) oppure<br>- link al documento sui sistemi di misurazione e valutazione della Performance per l'assegnazione del trattamento accessorio, solitamente richiamato nella sezione "Performance" del PIAO.<br><br>**N.B.: Possibili esempi di criteri di misurazione e valutazione: qualità del lavoro prestato; risultati raggiunti; qualità della preparazione; osservanza dei doveri di ufficio; attitudine ad assumere maggiori responsabilità; competenze dimostrate, eventualmente indicando il peso percentuale attribuito a ciascuna voce.** | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |
| Grado di differenziazione PERSONALE NON DIRIGENZIALE<br>da replicare annualmente | | |
| Premio complessivo annuale stanziato | Ammontare annuale complessivo del premio stanziato | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Premio complessivo annuale erogato | Ammontare complessivo annuo del premio erogato | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Premio mediamente percepito | Ammontare del premio mediamente percepito | Decimale con |

| | | |
|---|---|---|
| | | separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità | Valore percentuale dell'importo erogato ai dirigenti rispetto al totale dell'importo dei premi complessivamente erogati a tutto il personale (dirigenziale e non) | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali |

*Tab. 141 : Allegato 7: Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi di organi indirizzo politico e dirigenti amministrativi (art. 23 d.lgs. n. 33/2013)*

**Elenco accordi con privati o altre PPAA**

| Elenco degli Accordi stipulati ex artt. 11 e 15, L. 241/1990 dagli organi di indirizzo politico dell'amministrazione con soggetti privati o altre PP.AA. e/o accordi di rete<br>N.B. La pubblicazione riguarda l'elenco degli accordi e non i singoli accordi | | |
|---|---|---|
| Data | Data dell'Accordo (GG/MM/AAAA) | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Numero | | Formato: testo con lunghezza massima di 64 caratteri |
| Denominazione | | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Oggetto | Oggetto accordo (da omissare eventuali dati personali presenti) | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Ufficio/struttura responsabile | Ufficio, dipartimento, struttura dell'organo di indirizzo politico che ha firmato l'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Accordo | Link al documento *<br><br>***considerato che la pubblicazione ai sensi dell'art.23 è relativa all'elenco, quella del singolo accordo è del tutto FACOLTATIVA come pubblicità. In questi casi, però, occorre che il documento pubblicato sia omissato dei dati personali eventualmente presenti.** | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| ALLEGATI (OVE PREVISTI) | | |
| Allegato | Link al documento allegato*<br><br>***considerato che l'art.23 è relativo all'elenco degli accordi, la pubblicazione degli allegati all'accordo è del tutto FACOLTATIVA. In questi casi, però, occorre che il documento pubblicato sia omissato dei dati personali eventualmente presenti.** | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

| Elenco degli Accordi stipulati ex artt. 11 e 15, L. 241/1990 dai dirigenti dell'amministrazione con soggetti privati o altre PP.AA.<br><br>N.B. La pubblicazione riguarda l'elenco degli accordi e non i singoli accordi | | |
|---|---|---|
| Data | Data dell'Accordo (GG/MM/AAAA) | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Numero | | Formato: testo con lunghezza massima di 64 caratteri |
| Denominazione | | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

| | | |
|---|---|---|
| Oggetto | Oggetto accordo (da omissare eventuali dati personali presenti) | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Ufficio/struttura responsabile | Ufficio, dipartimento, struttura il cui dirigente amministrativo ha firmato l'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Accordo | Link al documento*<br><br>***considerato che la pubblicazione ai sensi dell'art.23 è relativa all'elenco, quella del singolo accordo è del tutto FACOLTATIVA. In questi casi, però, occorre che il documento pubblicato sia omissato dei dati personali eventualmente presenti.** | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| ALLEGATI (OVE PREVISTI) | | |
| Allegato | Link al documento allegato*<br><br>***considerato che l'art.23 è relativo all'elenco degli accordi, la pubblicazione degli allegati all'accordo è del tutto FACOLTATIVA. In questi casi, però, occorre che il documento pubblicato sia omissato dei dati personali eventualmente presenti.** | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 142 : Allegato 8: Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici (artt. 26 e 27 d.lgs. n. 33/2013)*

**Criteri e modalità**

| Atti normativi (leggi e regolamenti*)<br>da replicare per ogni atto<br><br>*raggruppabili per tipologie di procedure, ad es. procedure per assegnazioni borse di studio, per sovvenzioni, ecc. | | |
|---|---|---|
| Numero | Numero identificativo dell'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 32 caratteri |
| Anno | Anno di pubblicazione dell'atto | Numero con formato: 4 cifre (es. 2024) |
| Link | Link al sito dove l'atto è pubblicato (possibile rinvio a Normattiva) | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Atti di carattere amministrativo generale adottati in attuazione dei regolamenti o leggi indicati sopra (ad es. Bando e/o Avvisi)<br>da replicare per ogni atto | | |
| Numero | Numero identificativo dell'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 32 caratteri |
| Anno | Anno di pubblicazione dell'atto | Numero con formato: 4 cifre (es. 2024) |
| Link | Link ad altra sezione del sito, o ad altro sito web, in cui gli atti sono pubblicati (possibile rinvio a Normattiva) | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 143: Atti di concessione dei sussidi, contributi, sovvenzioni o vantaggi economici comunque denominati*

| Atti di concessione<br>da replicare per ogni atto |
|---|

| | | |
|---|---|---|
| Nota 1: Sono oggetto di pubblicazione, SOLO gli atti con cui è disposta l'erogazione di vantaggi direttamente e chiaramente quantificabili in termini economico-monetari (Delibera n.468 del 16 giugno 2021). Tale pubblicazione è condizione legale di efficacia dell'atto di concessione.<br><br>Nota 2: La pubblicazione è solo per importi superiori a mille euro per anno solare per beneficiario<br><br>Nota 3: A pubblicare è l'amministrazione effettivamente competente a decidere sull'attribuzione del contributo e ad adottare il provvedimento concessorio<br><br>Nota 4: E' esclusa la pubblicazione degli atti contabili di impegno e di liquidazione con cui le sovvenzioni, i contributi, i sussidi e gli ausili vengono concessi (ad esempio, sono escluse le determinazioni con cui si dispone l'impegno di spesa delle misure da realizzare)<br><br>Nota 5: E' esclusa la pubblicazione dei dati identificativi delle persone fisiche destinatarie dei provvedimenti, qualora da tali dati sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute ovvero alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati<br><br>Nota 6: Ove i dati e le informazioni siano già presenti nel Registro Nazionale degli Aiuti, le amministrazioni possono, al fine di evitare eventuali duplicazioni, sostituire la suddetta pubblicazione nella sezione relativa agli aiuti e sovvenzioni di AT con un collegamento ipertestuale al citato Registro | | |
| Anno | Anno di pubblicazione del provvedimento | Numerico con formato : 4 cifre (es. 2024) |
| Beneficiario | NO dati identificativi ove dalla pubblicazione sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute ovvero alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati (rif. Nota 5) | Formato: Codice Fiscale di 11 cifre se persona giuridica; in alternativa, opzione vincolata con valore "Soggetto privato" |
| Importo | Importo liquidato | Decimale con separatore ","per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Identificativo della norma | Norma o titolo a base dell'attribuzione (anche meniante link ai dati pubblicati ex art. 26 co.1) | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Responsabile del provvedimento | | |
| Nominativo | Nome e Cognome | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Qualifica | Qualifica rivestita dal responsabile | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

| | | |
|---|---|---|
| Ufficio | Denominazione ufficio | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Recapito telefonico ufficio | Numero telefonico istituzionale | Formato: testo con lunghezza massima di 16 caratteri |
| PEO ufficio | PEO istituzionale | Formato (e-mail): testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| PEC ufficio | PEC istituzionale | Formato (e-mail): testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Modalità seguita per l'individuazione del beneficiario | Avvisi pubblici da pubblicare sul sito dell'amministrazione/ente concedente con cui sono descritti almeno i requisiti per poter fruire del beneficio e per determinare la graduatoria dei beneficiari sulla base dei punteggi attribuiti.<br>Nell'avviso devono altresì comparire le modalità per la presentazione dell'istanza in conformità a quanto stabilito nei provvedimenti di cui all'art. 26 co.1 | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |
| Link (eventuale) | E' il link al progetto selezionato e al curriculum del soggetto incaricato.<br>**N.B.: questo dato si pubblica solo se si tratta di vantaggi connessi alla presentazione progetti e quindi è eventuale** | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 144: Atto di modifica o revoca della concessione*

| Atto di modifica o revoca della concessione<br>da replicare per ogni atto di concessione<br>N.B.: Documenti NON oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi degli artt. 26/27 ma di cui ANAC HA COMUNQUE RACCOMANDATO LA PUBBLICAZIONE NELLA Delibera n. 468 del 16 giugno 2021 | | |
|---|---|---|
| Numero | Numero identificativo dell'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 32 caratteri |
| Anno | Anno di pubblicazione del provvedimento | Numerico con formato: 4 cifre (es. 2024) |
| Motivazione | Motivazione della modifica/revoca del beneficio<br>N.B.: non vanno pubblicati i dati personali che risultano da tali provvedimenti | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |

*Tab. 145: Allegato 9: Obblighi di pubblicazione del bilancio, preventivo e consuntivo, e del Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, nonché dei dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi (art. 29 d.lgs. 33/2013)*

Bilancio preventivo

| P.A. IN CONTABILITA' FINANZIARIA – BILANCIO PREVENTIVO | | |
|---|---|---|
| Anno | | intero |
| Preventivo completo di allegati | Link ad altra sezione del sito, o ad altro sito web, in cui bilancio e allegati sono pubblicati oppure link diretto ai documenti | URL |
| Previsione finanziaria di parte corrente di competenza | | |

| | | |
|---|---|---|
| Entrate correnti previste | | decimale (+) |
| Uscite correnti previste | | decimale (-) |
| Avanzo/disavanzo/pareggio previsto | | decimale |
| Previsione finanziaria totale di competenza | | |
| Entrate totali previste | | decimale (+) |
| Uscite totali previste | | decimale (-) |
| Avanzo/disavanzo/pareggio previsto | | decimale |
| Previsione dell'indice di liquidità a breve (risultato di amministrazione previsto) | | |
| Cassa + Crediti previsti | | decimale (+) |
| Debiti previsti | | decimale (-) |
| Avanzo/disavanzo/pareggio previsto | | decimale |
| Previsione di cassa | | |
| Entrate riscosse previste | | decimale (+) |
| Uscite pagate previste | | decimale (-) |
| Avanzo/disavanzo/pareggio previsto | | decimale |
| Previsione economica della gestione caratteristica | | |
| Valore della produzione (A) Previsto | | decimale (+) |
| Costi della produzione (B) Previsti | | decimale (-) |
| Differenza A – B prevista | | decimale |
| Previsione economica dell'esercizio | | |
| Componenti positivi di reddito previsti | | decimale (+) |
| Componenti negativi di reddito previsti | | decimale (-) |
| Utile/perdita/Pareggio d'esercizio previsti | | decimale |
| Piano degli indicatori e risultati attesi di Bilancio | | |
| Link al documento del Piano degli indicatori e risultati attesi per l'anno di riferimento del bilancio preventivo | | URL |

*Tab. 146: Bilancio consuntivo*

| P.A. – BILANCIO CONSUNTIVO | | |
|---|---|---|
| Anno | | intero |
| Conto consuntivo completo di Allegati | Link ad altra sezione del sito, o ad altro sito web, in cui bilancio e allegati sono pubblicati oppure link diretto ai documenti | URL |
| Risultato finanziario di parte corrente di competenza | | |
| Entrate correnti | | decimale (+) |
| Uscite correnti | | decimale (-) |
| Differenza valore | | decimale |
| Risultato finanziario totale di competenza | | |
| Entrate totali | | decimale (+) |
| Uscite totali | | decimale (-) |
| Differenza valore | | decimale |

| Risultato dell'indice di liquidità a breve (risultato di amministrazione previsto) | | |
|---|---|---|
| Cassa + Crediti | | decimale (+) |
| Debiti | | decimale (-) |
| Avanzo/disavanzo/pareggio | | decimale |
| Risultato di cassa | | |
| Entrate riscosse | | decimale (+) |
| Uscite pagate | | decimale (-) |
| Avanzo/disavanzo/pareggio | | decimale |
| Risultato economico della gestione caratteristica | | |
| Valore della produzione (A) | | decimale (+) |
| Costi della produzione (B) | | decimale (-) |
| Differenza A-B | | decimale |
| Risultato economico dell'esercizio | | |
| Componenti positivi di reddito | | decimale (+) |
| Componenti negativi di reddito | | decimale (-) |
| Utile/Perdita/Pareggio d'esercizio | | decimale |
| Risultato patrimoniale | | |
| Totale Attivo | | decimale (+) |
| Totale Passivo | | decimale (-) |
| Valore Patrimonio Netto | | decimale |
| Quota contribuzione pubblico (in A conto economico) | | |
| Contributi pubblici | | decimale (+) |
| Contributi totali | | decimale (+) |
| Percentuale di contribuzione pubblica | | decimale |
| Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio | | |
| Link al documento del Piano degli indicatori e risultati attesi per l'anno di riferimento del bilancio consuntivo | | URL |

*Tab. 147: Allegato 10: Obblighi di pubblicazione concernenti i servizi erogati (art. 32 d.lgs. n. 33/2013)*

| SEZIONE | AGGIORNAMENTO | RIF. NORMATIVI | |
|---|---|---|---|
| Carta dei servizi e standard di qualità | Tempestivo | Art.32, c.1, D. Lgs. n. 33/2013 | |
| Costi contabilizzati dei servizi | Annuale | Art. 32, c.2, lett. a), D. Lgs.n. 33/2013<br>Art.10, c.5, D. lgs. n. 33/2013 | |
| Risultati indagini sui servizi in rete | Annuale | Art. 7, c.3, D. Lgs. n. 82/2005 | |
| Class Action | Tempestivo | Art.1, c.2, art.4, c.2 e 6, D. Lgs. n. 198/2009 | |
| Servizi pubblici locali<br>Al fine di supportare gli enti affidanti nella predisposizione della documentazione richiesta dal decreto, semplificarne e uniformarne i contenuti, l'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei | Tempestivo | D. Lgs. n. 201/2022 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato un possibile schema tipo per i seguenti documenti:<br>- Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, comma 3;<br>- Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, comma 2, in caso di affidamenti diretti a soicietà in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici.<br>Tali schemi, così come i successivi che saranno messi a disposizione, servono ad orientare l'azione degli enti interessati verso comportamenti uniformi e conformi alla normativa vigente, favorendo la diffusione di best practices.<br>Gli schemi sono disponibili al seguente link: https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei- servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica#p3 | | | |

*Tab.148:Carta dei Servizi*

| Carta dei servizi e standard di qualità | | |
|---|---|---|
| Qualificazione soggetto | Valori possibili (menù a tendina):<br>1) Pubblica amministrazione;<br>2) Gestore del servizio pubblico;<br>3) Gestore del servizio pubblico locale di rilevanza economica (art. 25, co.1 e 2, D. Lgs. 201/2022) | Opzione vincolata |
| Link | Link alla carta dei servizi o documento che contiene i livelli minimi di qualità dei servizi pubblici.<br>Con specifico riferimento ai servizi pubblici locali, link alla Carta di servizio corredata altresì delle informazioni relative alla composizione della tariffa che contiene il livello effettivo di qualità dei servizi offerti, il livello annuale degli investimenti effettuati e della loro programmazione fino al termine dell'affidamento (art.25 D. Lgs.n. 201/2022) | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

*Tab. 149-Costi contabilizzati*

| Costi contabilizzati dei servizi pubblici<br>da replicare per ogni tipologia | | |
|---|---|---|
| Qualificazione soggetto | Valori possibili (menù a tendina):<br>1) Pubblica amministrazione ai sensi dell'art..2-bis del D. Lgs. n. 33/2013;<br>2) Gestore del servizio pubblico | Opzione vincolata |
| Anno | Indicazione dell'anno di riferimento | Numerico con formato: 4 cifre (es. 2024) |
| Tipologia di servizio | Valori possibili:<br>Lista delle tipologie di servizio previste dal portale TSPL | Opzione vincolata |
| Totale dei costi | Ammontare totale dei costi | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e |

| | | |
|---|---|---|
| | | separatore 2.” Per le migliaia |

*Tab. 150*

| Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete<br>da replicare per ogni servizio in rete gestito dall’ente | | |
|---|---|---|
| Anno | Anno di riferimento | Numerico con formato: 4 cifre (es. 2024) |
| Oggetto/Contenuto | Esito/risultanze indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |

*Tab. 151*

| Class action | | |
|---|---|---|
| Oggetto | Oggetto di ricorso/impugnativa<br>N.B.: va esclusa la pubblicazione dei nomi delle parti, ove persone fisiche | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |
| Numero sentenza | Numero identificativo | Formato: testo con lunghezza massima di 64 caratteri |
| Data sentenza | Data di pubblicazione/deposito | Data<br>Formato: GG/MM/AAAA |
| Link | Link alla sentenza ove pubblicata | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Misure | Misure eventualmente adottate in ottemperanza alla sentenza | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |

- Allegato 11: *Obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi e ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati (art. 35 d.lgs. n. 33/2013)*
- Allegato 12: *Pubblicazione delle informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici (art. 36)*

**Schema per utilizzo esclusivo del sistema PagoPA**

*Tab.152*

| *Soggetti tenuti all'obbligo di utilizzo esclusivo del sistema PagoPA di cui all'art. 5 del CAD (cfr. delibera ANAC n. 77/2022)* |
|---|

| | | |
|---|---|---|
| *Ambito soggettivo* | 1) *Pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001 e le Autorità amministrative indipendenti.*<br><br>2) *Ordini professionali in quanto enti pubblici non economici (e quindi riconducibili nell'ambito della pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001).*<br><br>3) *Enti pubblici economici solo se inseriti nel conto economico consolidato pubblicato annualmente dall'ISTAT.* | *Opzione vincolata* |
| *Oggetto della pubblicazione* | *Modalità di pagamento:*<br>*1) Adesione alla piattaforma PagoPA[1] e link alla sezione "Dove pagare" del sito web di PagoPa*<br><br>*[1]* ***Va indicata la data di adesione alla piattaforma PagoPA secondo la seguente dicitura "Aderente alla piattaforma PagoPA dal XX.XX.XXXX"***<br><br>***IN ALTERNATIVA e SOLO TEMPORANEAMENTE*** *(Laddove non sia ancora avvenuta la completa integrazione centralizzata con il sistema PagoPA e fino alla completa integrazione centralizzata con il sistema PagoPA):*<br><br>*IBAN del conto corrente per la gestione delle entrate [2]*<br><br>*[2]* ***È consentita la pubblicazione di tale dato solo in via provvisoria e temporanea da parte delle pubbliche amministrazioni che sono in attesa dell'integrazione centralizzata con il sistema PagoPA attraverso il servizio di tesoreria della Banca d'Italia e la Ragioneria dello Stato.*** | *Formato: GG.MM.AAAA +*<br>*Link: testo con lunghezza massima di 256 caratteri*<br><br>*Oppure*<br><br>*Codice IBAN: testo con lunghezza massima di 27 caratteri* |

| | | |
|---|---|---|
| | *2) Altri metodi di pagamento NON integrati con la piattaforma PagoPA (laddove utilizzati)* [1]<br><br>*da replicare per ogni metodo utilizzato*<br><br>[1]***In base al § 5 delle LLGG AGID del 3 luglio 2018 "per l'effettuazione dei pagamenti a favore delle pubbliche amministrazioni e dei gestori di pubblici servizi" "il Sistema pagoPA rappresenta il sistema nazionale dei pagamenti elettronici in favore delle pubbliche amministrazioni e degli altri soggetti tenuti per legge all'adesione, al quale gli enti creditori possono affiancare esclusivamente i seguenti metodi di pagamento:***<br>***a) Delega unica F24» (c.d. modello F24) fino alla sua integrazione con il Sistema pagoPA;***<br>***b) Sepa Direct Debit (SDD) fino alla sua integrazione con il Sistema pagoPA;***<br>***c) eventuali altri servizi di pagamento non ancora integrati con il Sistema pagoPA e che non risultino sostituibili con quelli erogati tramite pagoPA poiché una specifica previsione di legge ne impone la messa a disposizione dell'utenza per l'esecuzione del pagamento;***<br>***d) per cassa, presso il soggetto che per tale ente svolge il servizio di tesoreria o di cassa".***<br><br>*Pertanto, le pubbliche amministrazioni (come sopra individuate) obbligate all'uso esclusivo del sistema PagoPA possono utilizzare, in aggiunta, esclusivamente i suddetti metodi di pagamento non integrati con il sistema PagoPA.* | *Opzione vincolata:*<br>• *Delega unica F24 (c.d. modello F24) fino alla sua integrazione con il Sistema PagoPA*<br>• *Sepa Direct Debit (SDD) fino alla sua integrazione con il Sistema PagoPA*<br>• *Per cassa, presso il soggetto che per tale ente svolge il servizio di tesoreria o di cassa*<br>• *Altri servizi di pagamento non ancora integrati con il Sistema PagoPA**<br><br>**In caso di "Altro servizio" aggiungere la denominazione di max 256 caratteri* |

Schema per utilizzo NON esclusivo del sistema PagoPA

*Tab. 153*

| Pubblicazione delle informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici<br>Soggetti NON tenuti all'obbligo di utilizzo esclusivo del sistema PagoPA di cui all'art. 5 del CAD (cfr. delibera ANAC n. 77/2022) | | |
|---|---|---|
| Ambito soggettivo | 1) Società in controllo pubblico di cui al d.lgs. n. 19 agosto 2016, n. 175 (TUSP), escluse le società quotate di cui all'art. 2, co. 1, lett. p) del medesimo decreto;<br><br>2) enti di diritto privato di cui all'art. 2bis, co. 2, lett. c), d.lgs. 33/2013; che sono gestori di servizi pubblici;<br><br>3) società in partecipazione pubblica e altri enti di diritto privato di cui all'art. 2bis, co. 3, d.lgs. 33/2013 che sono gestori di servizi pubblici. | Opzione vincolata |

| | | |
|---|---|---|
| Oggetto della pubblicazione | Modalità di pagamento:<br><br>1) Adesione alla piattaforma PagoPA dal XX.XX.XXXX[1] e link alla sezione "Dove pagare" del sito web di PagoPa<br><br>[1] ***Va indicata la data di adesione alla piattaforma PagoPA secondo la seguente dicitura "Aderente alla piattaforma PagoPA dal XX.XX.XXXX"*** | Formato: GG.MM.AAAA<br>+<br>Link: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| | 1) Altri metodi di pagamento NON integrati con la piattaforma PagoPA (laddove utilizzati) [2]<br><br><u>da replicare per ogni metodo utilizzato</u><br><br>[2] ***Questi soggetti devono aderire alla piattaforma PagoPA, ma tale obbligo non determina l'uso esclusivo dei servizi di pagamento della piattaforma stessa, potendo tali soggetti decidere di mantenere o meno - in parallelo al sistema pagoPA - anche ogni altra modalità di pagamento*.***<br>***Sarà quindi facoltà dell'utente che effettua il pagamento (Utente pagatore) decidere se utilizzare i servizi di pagamento offerti da PagoPA o gli altri offerti direttamente dal beneficiario (cfr. delibera ANAC n. 77 del 16 febbraio 2022)***<br><br>***Si precisa che può trattarsi di strumenti di pagamento non integrati con la piattaforma PagoPA anche diversi e/o ulteriori rispetto a quelli indicati al § 5 delle LLGG AgId 2018.** | Opzione vincolata:<br>• Delega unica F24 (c.d. modello F24) fino alla sua integrazione con il Sistema PagoPA<br>• Sepa Direct Debit (SDD) fino alla sua integrazione con il Sistema PagoPA<br>• Per cassa, presso il soggetto che per tale ente svolge il servizio di tesoreria o di cassa<br>• Altri servizi di pagamento non ancora integrati con il Sistema PagoPA*<br><br>*In caso di "Altro servizio" aggiungere la denominazione di max 256 caratteri |

<u>Schema per soggetti NON tenuti all'utilizzo di PagoPA</u>

*Tab. 154*

| Pubblicazione delle informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici<br><u>Soggetti NON tenuti all'obbligo di utilizzo del sistema PagoPA di cui all'art. 5 del CAD (cfr. delibere ANAC n. 77/2022 e 1134/2017)</u> | | |
|---|---|---|
| Ambito soggettivo | Valori possibili (menù a tendina):<br><br>1) Gli enti pubblici economici di cui alla lett. a) del comma 2 dell'art. 2-bis del d.lgs. n. 33/2013 non inclusi nell'elenco ISTAT;<br><br>2) le società a partecipazione pubblica e gli altri enti di diritto privato di cui all'art. 2bis, co. 2 lett. c) e 3, d.lgs. n. 33/2013 <u>che non sono gestori di servizi pubblici.</u> | Opzione vincolata |
| Oggetto della pubblicazione | Modalità di pagamento[1] Valori possibili:<br><br>**a) i codici IBAN identificativi del conto di pagamento ovvero dell'imputazione del versamento in Tesoreria oppure b) i codici identificativi del conto corrente postale.**<br><br>[1] ***cfr. delibere ANAC n. 77/2022 e n. 1134/2017*** | Opzione vincolata:<br><br>• Se IBAN: testo con lunghezza massima di 27 caratteri<br>• Se CCP: codice numerico di max 12 cifre |

- Allegato 13: *Trasparenza dell'attività di pianificazione e governo del territorio (art. 39 d.lgs. 33/2013)*

*Non di competenza aziendale.*

- Allegato 14: *Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente (art. 42 d.lgs. n. 33/2013)*

Dati identificativi del provvedimento

*Tab. 155*

| Dati identificativi del provvedimento da replicare per ogni provvedimento<br><br>Si tratta di categoria ampia che ricomprende i provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze, ivi comprese le amministrazioni commissariali e straordinarie costituite in base alla legge 24 febbraio 1992, n. 225, o a provvedimenti legislativi di urgenza. | | |
|---|---|---|
| Dati identificativi del provvedimento<br><br>Esempio: ordinanza sindacale adottata ai sensi dell'art. 50 comma 7 bis del D.lgs. 18.08.2000, n. 267 in occasione degli eventi denominati "APE nel Parco" dei giorni 12, 19 e 26 luglio 2022 organizzati a Milano | Normativa che ne legittima l'adozione | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |
| | Soggetto proponente | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| | Soggetto che adotta il provvedimento (ove diverso dal soggetto proponente) | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| | Tipologia del provvedimento | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| all'interno del Parco Sempione | Oggetto del provvedimento | Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |
| Termini temporali fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari | | |
| Termine iniziale | Data in GG/MM/AAAA | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Termine finale | Data in GG/MM/AAAA (stimata) | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Estremi e data del provvedimento | | |
| Numero/rep. | Identificativo interno dell'atto | Formato: testo con lunghezza massima di 32 caratteri |
| Data di adozione | Data in GG/MM/AAAA | Data Formato: GG/MM/AAAA |
| Norme eventualmente derogate | Indicazione delle discipline a cui si deroga (tali normative sono spesso richiamate nei VISTI) | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |
| Motivi deroga | Ad es. sicurezza urbana, sicurezza e incolumità pubbliche, motivi igienico sanitari, decoro urbano | Formato: testo con lunghezza massima di 2000 caratteri |

| | | |
|---|---|---|
| Costi previsti degli interventi (da indicare tempestivamente) | | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Costi effettivi sostenuti dall'amministrazione (da indicare appena disponibili) | | Decimale con separatore "," per le 2 cifre decimali e separatore "." per le migliaia |
| Provvedimento | LINK al documento pubblicato | URL: Formato: testo con lunghezza massima di 256 caratteri |

Nell'Allegato n. 1 vengono esplicitati in maniera analitica gli obblighi di pubblicazione relativi alla sotto-sezione "contratti e bandi di gara" che è stata adeguata a quanto disposto dalle Delibere ANAC.
In continuità con il 2024, l'Azienda pone attenzione al concetto della qualità dei dati da pubblicare, anche alla luce delle stringenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE/679/2016, ovvero sulla questione relativa al bilanciamento tra Privacy e Trasparenza al fine di garantire esatta attuazione delle prescrizioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, nonché delle Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi.

### *5.5 Indicazioni per la trasparenza delle misure del PNRR -Sezione attuazione misure PNRR*

Come raccomandato nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) del 17 gennaio 2023, si segnala che, al fine di far conoscere in modo trasparente, comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR e gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e sul territorio, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) - nel documento "Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR", allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022, ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione.
La RGS ha introdotto anche ulteriori obblighi di pubblicazione con riguardo agli interventi inclusi nel PNRR.
Il Dipartimento per la Trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per supportare gli Enti nel fornire una modalità di accesso standardizzata e immediata a informazioni aggiornate e organizzate sullo stato di attuazione delle Misure del "*Pnrr*" (fermo restando gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni previsti dal Dlgs. n. 33/2013), ha creato i *layou*t di pagina per le apposite Sezioni dei siti *web*.
I 2 *layout* consistono in:

- una pagina di primo livello "*Attuazione Misure 'Pnrr'*" dove pubblicare la lista dei progetti dell'Ente finanziati dal "*Pnrr*", divisi per Missione;
- un *Template* di pagina "*Progetto 'Pnrr'*" modellizzato per presentare al pubblico, in maniera chiara e semplice, tutte le informazioni riguardanti un Progetto finanziato dal "*Pnrr*".

Le informazioni fornite in ciascuna sottosezione andranno aggiornate tempestivamente
Laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, l'Autorità ritiene che gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni inserendo, nella corrispondente sottosezione di A.T., un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

### *5.6 Procedura per la pubblicazione dei dati*

La pubblicazione dei contenuti deve essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.
Indispensabile è il coinvolgimento di quasi tutti i settori dell'Azienda, in considerazione di una realtà organizzativa molto settorializzata.
I dati da pubblicare sono quelli previsti dalla normativa vigente ed indicati nella **Tabella allegata (All 1)**. La Tabella oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la tempistica, indica i Responsabili della trasmissione ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013.
All'interno dell'Azienda, il Responsabile della Trasparenza (di seguito, per brevità "RT") svolge funzioni di

coordinamento delle attività dei Referenti mediante:

- Comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- Organizzazione di gruppi di lavoro;
- Qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Le determinazioni dirigenziali e le Delibere Aziendali (di prossima attuazione) vengono caricate nella sezione "Amministrazione trasparente" attraverso il collegamento con la piattaforma informatica "Gestione Atti Amministrativi".

Per i Curricula e le autocertificazioni è attiva una piattaforma accessibile attraverso il Portale del Dipendente che consente ai Dirigenti di caricare la documentazione e inviarla alla UOC Anticorruzione, Trasparenza a e Privacy che, a seguito di un controllo formale, provvede alla pubblicazione. Tutti gli altri documenti, dati e/o informazioni, sono caricati "manualmente" dai collaboratori della UOC Anticorruzione, Trasparenza e Privacy, struttura deputata alle pubblicazioni, previa comunicazione da parte del Servizio che materialmente detiene in documento, dato e/o informazione (soggetto responsabile della trasmissione dati). Il RT ha un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i Responsabili delle strutture, nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti e informazioni. Per quanto concerne la tempistica di ciascuna pubblicazione vige l'indicazione riportata in relazione a ciascun obbligo di cui Tabella allegata (All 1 del presente Piano.

Secondo le indicazioni ANAC contenute nella delibera 1310 del 2016, la data di aggiornamento del dato, documento e informazione deve essere indicata in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente". Laddove tale data non venga apposta automaticamente dal sistema informatico di pubblicazione, è a carico del responsabile della pubblicazione indicare la data di aggiornamento del dato, documento o informazione, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella di successivo aggiornamento. **I soggetti responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" sono i Dirigenti Responsabili delle Strutture indicate nella tabella allegata, in qualità di Referenti.**

In merito ai Curricula e le autocertificazioni dei dipendenti e collaboratori, (oggetto di pubblicazione obbligatoria), il Direttore del Servizio Gestione Risorse Umane provvede ,all'atto della contrattualizzazione del personale dipendente e collaboratori, ad acquisire l'autocertificazione di sussistenza/insussistenza di conflitto di interesse , Curriculum Vitae (su supporto informatico) in formato editabile, modulo di richiesta del badge e dell'account di posta elettronica aziendale. Contestualmente dovrà essere notificato il codice di comportamento aziendale e l'informativa sul trattamento dei dati. Curriculum e autocertificazione dovranno essere inviati alla UOC Anticorruzione, Trasparenza e Privacy per la relativa pubblicazione.

Analogamente il Direttore del Servizio Affari Legali provvederà ad acquisire il CV, la dichiarazione di assenza di conflitto dei legali esterni incaricati in formato editabile e avrà cura di inviarle, unitamente all'attestazione di assenza di conflitto (art. 53 D.Lgs. 165/2001)

Ogni Direttore di U.O. dell'Azienda, in qualità di "Fonte", è responsabile della pubblicazione dei documenti.

I Direttori/Dirigenti delle UU.OO. Aziendali, individuati a margine di ciascuna categoria di atti (all.1), come disposto dall'art. 43 c.3 d.lgs.33/2013 (come modificato dal D.Lgs. 97/2016) "*garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge; controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto*".

Nella sottosezione vanno schematizzate (cfr. modello Allegato n. 1), le sezioni da implementare per ciascun dato da pubblicare:




*Fig.119- Schema dati da pubblicare*

Resta fermo che ogni amministrazione adotta le soluzioni ritenute più opportune in base alle proprie caratteristiche organizzative nel rispetto delle previsioni contenute nel d.lgs. 33/2013 sopra citate (art. 10, co. 1). "*L'autorità, nell'effettuare la propria vigilanza sulla trasparenza e per l'applicazione di sanzioni, tiene conto di quanto indicato nella programmazione della trasparenza sia per ciò che riguarda i soggetti responsabili delle fasi dei flussi procedimentali sia delle scadenze di pubblicazioni indicate nella sottosezione del PIAO. Tali scadenze sono stabilite nel rispetto di quelle per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati eventualmente già disposte dalle norme*".

### *5.7 Aggiornamento sullo stato di attuazione*

I contenuti del Programma della Trasparenza sono oggetto di costante aggiornamento sia dello stato di attuazione che di eventuale ampliamento degli obblighi, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni di legge.

### *5.8 Comprensibilità dei dati*

I singoli referenti (Dirigenti) delle Strutture **devono curare la qualità della pubblicazione**, affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto. In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

| *Caratteristica dati* | *Note esplicative* |
|---|---|
| **Completi ed accurati** | I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni. |
| **Comprensibili** | Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto, occorre:<br>a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni;<br>b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche. |
| **Aggiornati** | Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente. |
| **Tempestivi** | La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente. |
| **In formato aperto** | Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili. |

*Tab.156: Comprensibilità dei dati*

## *5.9 Controllo e monitoraggio*

Alla programmazione del monitoraggio segue la verifica circa la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33/2013, nel rispetto dei criteri di qualità ai sensi dell'art. 6 del citato decreto.

L'obiettivo è quello di evitare che il monitoraggio sulla trasparenza assuma un ruolo meramente formale, L'attuazione del monitoraggio può riguardare la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ("*dati ulteriori*", ex art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. n. 33/2013) soprattutto ove concernano i processi interessati dalle ingenti risorse finanziate con il PNRR e i fondi strutturali e quelli che presentano rischi corruttivi significativi.

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl di Caserta, concorrono, oltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCRT) e l'OIV, più complessivamente, tutte le Unità Operative dell'Azienda e i relativi Dirigenti.
In particolare, il RPCT svolge il controllo sull'attuazione del Programma per la Trasparenza e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'OIV su eventuali inadempimenti e ritardi.
A tal fine il RPCT evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate, i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione. Decorso infruttuosamente tale termine, il RPCRT è tenuto a dare comunicazione all'OIV del mancato adempimento.
Spetta, infatti, all'OIV il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile della Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati. L'attività di controllo interna assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema di prevenzione del rischio di corruzione
Il monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione è costante.
**Per garantire corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione, verrà richiesta ai responsabili dei servizi di attestare la verifica ed il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati, compreso la pubblicazione degli atti legati alle misure PNRR/PNES/POR Campania FERS, secondo diversi format e tempistiche.**
Le diverse attestazioni devono essere restituite debitamente protocollate secondo la tempistica sotto riportata:

| *ATTIVITA'* | *SOGGETTO RESPONSABILE* | *TEMPISTICHE* |
|---|---|---|
| Attestazione verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 1° semestre | Direttori Struttura | Alla data del 30 giugno (Trasmissione entro il 10 luglio) |
| Attestazione verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 2° semestre | Direttori Struttura | Alla data del 31 dicembre (trasmissione entro il 10 gennaio) |
| Attestazione avvenuta pubblicazione di tutti gli atti adottati nell'apposita sezione dedicata al PNRR/POR -FESR /PNES | Direttori di Strutture e Dirigenti dei Settori interessati dalle misure PNRR/POR -FESR /PNES | 15 dicembre 2025 |

*Tab. 157*

### 5.10 Standard di pubblicazione-Accorgimenti utili per la redazione dei documenti oggetto di pubblicazione

La normativa nazionale ha disciplinato i requisiti e gli standard dei siti web della Pubblica Amministrazione sottolineando l'obbligo di pubblicare informazioni e documenti garantendone la piena fruibilità.
In questo documento sono contenute alcune semplici linee guida che saranno via via adeguate alle norme e alle necessità dell'Amministrazione.

**Formato di un documento**

I documenti destinati al web dovrebbero essere sempre in "*formato aperto o in formato elaborabile*", ovvero deve essere possibile per gli utenti utilizzare i dati contenuti nel documento stesso per farne delle elaborazioni.

**Per gli allegati agli atti da pubblicare all'albo pretorio:**
Qualsiasi sia il formato del documento allegato agli atti, è sempre necessaria anche una versione in formato PDF.
**Per tutti i documenti da pubblicare sul sito istituzionale:**
I documenti possono essere pubblicati in più formati (pdf/a, rtf, odt, csv, ods, txt, xml, html).
I formati da elaborare in maniera più agevole e che rispettano sicuramente la normativa sono:
- per il testo (che di solito viene creato con word o open office): i file devono essere salvati in formato RTF e/o ODT (basta fare File > Salva con nome e selezionare come tipo di file Rich text format .rtf oppure ODT);
- per i fogli di calcolo (che di solito sono creati con Excel o open office calc) i file devono essere salvati in formato ODS e/o CSV (basta fare File > Salva con nome e selezionare come tipo di file ODS oppure CSV).
Per la produzione di file in formato PDF, sui vari personal computer in rete, è possibile utilizzare un software che permette di produrre un file PDF da qualsiasi applicazione presente sul computer, funzionando come se fosse una stampante virtuale (la stampante potrebbe chiamarsi PDF creator o simile).
Un processo guidato condurrà alla creazione del file in luogo della produzione effettiva di una stampa.
**Il contenuto di un documento**
**Contestualizzazione**
Uno dei principi chiave per le pagine e i documenti disponibili online è che possono essere raggiunti tramite un motore di ricerca o un link diretto. Pertanto, quando un documento viene visualizzato fuori dal suo contesto originale, è essenziale che includa tutte le informazioni indispensabili per essere autonomamente comprensibile, come l'autore, la data di redazione, l'argomento trattato, il periodo di validità e così via.

### *5.11 Rimozione dei dati*

Il d.lgs. n. 33/2013, all'art. 8 prevede che "*i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti*".
In tutti i casi in cui non è specificato il momento iniziale della pubblicazione essa si intende tempestiva.
Decorso il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i dati, le informazioni e i documenti restano accessibili ai sensi dell'articolo 5, che disciplina la fattispecie dell'accesso civico. Nel caso in cui si ritenga di lasciarli in pubblicazione, essi andranno trattati ai sensi dell'art. 7-bis comma 3 e cioè come dati ulteriori dei quali non è richiesta la pubblicazione. Questo implica che i dati personali eventualmente presenti dovranno essere anonimizzati e che la pubblicazione potrà essere fatta solo dopo aver valutato l'assenza di pregiudizio ad uno degli interessi pubblici o privati indicati dall'art. 5-bis (esclusioni e limiti all'accesso civico).
Secondo quanto indicato nella tabella All.1 i soggetti responsabili della trasmissione del dato, dell'informazione o del documento e della loro pubblicazione, sono, altresì responsabili della rimozione allo scadere del termine di pubblicazione obbligatoria. Nel caso in cui si sia verificata un'alternanza dei soggetti responsabili, saranno responsabili anche della rimozione delle pubblicazioni avvenute prima del loro incarico.
La rimozione dei dati, delle informazioni e dei documenti allo scadere del termine previsto, è assolutamente necessaria laddove siano coinvolti dei dati personali. Infatti, una volta scaduti i termini di pubblicazione obbligatoria e in assenza di ulteriori norme che la legittimino, la diffusione del dato personale, non avendo più copertura normativa, costituisce violazione delle norme in materia di riservatezza e trattamento dei dati.
Al fine di semplificare e standardizzare le attività legate alla rimozione dei dati, ma anche in un'ottica di maggior trasparenza, si ritiene opportuno adottare, con la collaborazione del DPO, degli indirizzi operativi in ordine alle modalità di rimozione dei dati.
Considerata la rilevanza esterna deli Provvedimenti aziendali (in particolare delle Delibere e delle Determine), si ritiene opportuno pubblicare le Delibere e le Determine, a partire dall'anno 2009, in una sottosezione denominata "Archivio "all'interno di Amministrazione Trasparente
**Decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione**

| *D.lgs. n. 33/2013* | *Contenuto dell'obbligo* |
|---|---|
| **Art. 8 co.3 - Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione** | I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti |

| | |
|---|---|
| | dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4.<br>Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5. |
| **Art. 15 co. 4 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza** | Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 2 entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico |

*Tab.158: Decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione*

### *5.12 Accesso civico*

Sulla base delle indicazioni fornite dall'ANAC nelle linee guida approvate con deliberazione n. 1309 del 28.12.2016 e dalla Funzione Pubblica con Circolare n. 2/2017, è stato istituito un **Registro degli accessi** pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web istituzionale. Trattasi di una raccolta organizzata delle istanze riferite a tutte e tre le tipologie di accesso (documentale, civico e civico generalizzato), contenente l'elenco delle richieste non nominative con indicazione dell'oggetto, della data di presentazione e dell'esito delle stesse. Oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l'Autorità Anticorruzione intende svolgere sull'accesso generalizzato, la pubblicazione del registro degli accessi è utile, in una logica di semplificazione delle attività e massima attuazione del principio di trasparenza, in quanto consente di tracciare tutte le domande e la relativa trattazione in modalità automatizzata rendendo disponibili ai cittadini gli elementi conoscitivi rilevanti.
Nella suddetta sottosezione sono contenute, tutte le informazioni utili al cittadino in materia di trasparenza, la normativa di riferimento, la modulistica. Allo scopo di promuovere la corretta attuazione della normativa in materia di accesso civico e favorire una maggiore trasparenza nel rapporto tra l'amministrazione ed il cittadino, vengono forniti strumenti ed indicazioni, al fine di facilitare l'esercizio e la gestione delle istanze di accesso al richiedente.
Nel 2024 la sezione è stata arricchita di nuovi contenuti, per aiutare i cittadini a capire meglio le politiche di prevenzione della corruzione e per fornire mezzi di interazione con l'amministrazione. Per il 2025 ci si propone di ampliare ulteriormente la sezione "accesso civico" rendendo disponibili i documenti relativi all'accesso civico, sia semplice che generalizzato, tramite un link di collegamento ipertestuale al registro degli accessi.

## *5.13 Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti*

La digitalizzazione dei contratti pubblici, efficace dal 1° gennaio 2024, ha introdotto nuovi obblighi di trasparenza per tutte le procedure di affidamento indette dall'inizio dell'anno 2024.
Nonostante l'evoluzione digitale delle modalità di assolvimento degli adempimenti, gli obblighi di pubblicazione relativi agli appalti pubblici non si limitano alla trasmissione di dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP).
Infatti, sebbene l'invio tempestivo delle informazioni tramite piattaforme digitali certificate e la pubblicazione dei collegamenti ipertestuali ai singoli CIG nella sezione "Amministrazione Trasparente" abbiano sostituito la precedente prassi di pubblicazione annuale del file XML, esistono ulteriori adempimenti necessari ad assicurare la completa trasparenza nel processo di gestione degli appalti pubblici.
Nello specifico, è obbligatorio pubblicare gli atti e i documenti non trasmessi alla BDNCP, come dettagliato nell'allegato I della delibera ANAC 264/2023, successivamente modificata e integrata dalla delibera n. 601 del 19 dicembre 2023.
Come menziona puntualmente l'Autorità, *"Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a pubblicare nella sezione Amministrazione trasparente del proprio sito un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP.*
*Residuano in capo alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti gli obblighi di pubblicare, nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito, i dati non comunicati alla BDNCP indicati* ***nell'allegato I della delibera ANAC 264/2023, come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023****."*
All'interno della sezione "Bandi di gara e contratti" della Trasparenza, occorre quindi prestare attenzione:

- alla pubblicazione obbligatoria del singolo link di ciascuna procedura alla BDNCP
- alla pubblicazione obbligatoria di tutti gli allegati previsti dalla Delibera ANAC 601/2023 (che modifica

e integra la Del. 264/2023) che non sono oggetto di invio alla banca dati ANAC

Come inoltre indicato dalla **Delibera ANAC 582/2023**, qualora gli atti e documenti oggetto di invio alla BDNCP siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, è sufficiente che in Amministrazione Trasparente venga indicato il **link alla documentazione caricata in piattaforma**, purché consenta l'accesso libero e diretto ai documenti.

### *5.14 Norme generali sui concorsi*

La normativa generale in materia di procedure concorsuali (D.P.R. 9 maggio 1994, n. 487, recante le norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi), dispone testualmente all'art. 11 che i componenti della commissione "*presa visione dell'elenco dei partecipanti, sottoscrivono la dichiarazione che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi ed i concorrenti, ai sensi degli articoli 51 e 52 del Codice di procedura civile*".

I principi generali in materia di astensione e ricusazione del giudice, previsti dall'art. 51 e dall'art. 52 del c.p.c., trovano applicazione anche nello svolgimento delle procedure concorsuali, in quanto strettamente connessi al trasparente e corretto esercizio delle funzioni pubbliche. Pertanto, qualora un componente della commissione concorsuale si trovi in una situazione di incompatibilità prevista dal citato art. 51 c.p.c., ha il dovere di astenersi dal compimento di atti inerenti la procedura stessa; allo stesso modo, l'amministrazione interessata, valutata l'esistenza dei presupposti predetti, ha l'obbligo di disporre la sostituzione del componente, al fine di evitare che gli atti del procedimento risultino viziati (Circolare n. 3/2005 Dip. Funzione Pubblica).

Il quadro normativo è oggi in parte mutato a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 (legge anticorruzione) che ha aggiunto l'articolo 6-bis alla legge 241/1990, sul procedimento amministrativo. Tale disposizione impone a tutti i soggetti che a qualunque titolo intervengono nel procedimento amministrativo (formulando pareri, valutazioni tecniche e atti endo-procedimentali o adottando il provvedimento finale) di astenersi "*in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale*". L'ANAC, nel PNA 2020, ricorda alle pubbliche amministrazioni la corretta applicazione di quanto previsto all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001. La disposizione prevede **il divieto, 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:**

- Di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- Di essere assegnati 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 attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e 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.

Come evidenziato anche dall'ANAC nella delibera n. 209 del 1° marzo 2017, la valutazione della ricorrenza di una causa di incompatibilità di cui all'articolo 51 c.p.c. spetta all'amministrazione che deve effettuare uno stringente controllo sulle autodichiarazioni rilasciate dai commissari, le quali devono riportare l'indicazione della tipologia di eventuali rapporti a qualsiasi titolo intercorsi o in essere con i candidati. A tal uopo, al fine di garantire trasparenza e terzietà di giudizio nelle procedure concorsuali aziendali, si suggerisce un modello di dichiarazione da adottare. Il Responsabile della Trasparenza ha realizzato, nell'ambito del Portale Amministrazione Trasparente una sezione specifica nella quale per ogni Bando/Concorso vengono pubblicati tutti gli atti:

- Delibera di Indizione e bando;
- Delibera di presa atto dei partecipanti e nomina commissione;
- Convocazione dei candidati;
- Diario delle prove;
- Pubblicazione dell'esito delle prove;
- Tracce e/o quesiti;
- Criteri di valutazione delle prove;
- Elenco dei vincitori.

Il Sistema proposto consente altresì di razionalizzare e semplificare la gestione amministrativa dei concorsi.

### *5.15 Pubblicazione delle Banche Dati*

Visto l'art. 9 bis del D.Lgs. 33/2013, per garantire l'effettiva corrispondenza tra obblighi di pubblicazione e adempimento conseguente, laddove possibile, si è procederà, in continuità con il 2024, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti (Allegato B, art. 9 bis D.Lgs. 33/2013, come da tabella che segue).

| Prog. | Nome della Banca Dati | Amministrazione che detiene la Banca Dati | Norma/e Istitutiva/e della Banca Dati | Obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2023 |
|---|---|---|---|---|
| **1.** | Perla PA | PCM<br>DFP | Artt. 36, c.3, e 53 del d.lgs. n. 165 del 2001;<br>Art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012. | Art. 15 (titolari di incarichi di collaborazione o consulenza);<br>Art.17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato);<br>Art. 18 (dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici) |
| **2.** | SICO – Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni Pubbliche | MEF-<br>RGS (IGOP) | Artt. 40-bis, co.3, e 58-62 del d.lgs. n. 165 del 2001. | Art. 16, co. 1-2 (dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato);<br>Art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato);<br>Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale);<br>Art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa). |
| **3.** | Archivio contratti del settore pubblico | ARAN<br>CNEL | Artt. 40-bis, co.5, e 47, co.8, del d.lgs. n. 165 del 2001 | Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale);<br>Art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa). |
| **4.** | SIQuEL – Sistema Informativo Questionari Enti Locali | CORTE DEI CONTI | Art. 1, co.166-167, della legge n. 266 del 2005 | Art. 22 (dati relativi ai soli Enti locali, riguardanti enti pubblici vigilati, enti di diritto privato in controllo pubblico, partecipazioni in società di diritto privato) |
| **5.** | Patrimonio della PA | MEF<br>DT | Art. 2, co.222, della legge n. 191 del 2009;<br>Art. 17, co.3-4, del decreto-legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014 | Art. 22, commi 1 e 2 (dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalle amministrazioni pubbliche o in cui le Amministrazioni nominano propri rappresentanti negli organi di governo);<br>Art. 30 (dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti delle amministrazioni pubbliche) |
| **6.** | Rendiconti dei gruppi consiliari regionali | CORTE DEI CONTI | Art. 1, co.10, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 213 del 2012. | Art. 28, co. 1 (pubblicità dei rendiconti dei gruppi consiliari regionali) |

*Tab.159: Pubblicazione banche dati*

L'obiettivo sul lungo periodo è promuovere il concetto che il sistema della Trasparenza non è solo accessibilità

e fruibilità dei dati, nonché prevenzione dei fenomeni di corruzione, ma è soprattutto sistema di analisi che contribuisce all'individuazione e al superamento delle disfunzioni organizzative interne che impattano sull'efficienza e l'efficacia dell'attività dell'Azienda nel suo complesso. Il pieno coinvolgimento di tutti gli attori sarà decisivo per la qualità ed effettività dell'intero PIAO.

### *5.16 Ristrutturazione sezione Bandi di Gara e Contratti*

La UOC Trasparenza ,Anticorruzione e Privacy ,in ottemperanza alla normativa vigente relativa agli obblighi di pubblicazione ha riorganizzato ,nella sezione "Amministrazione Trasparente-Bandi di gara e contratti", in coerenza con quanto stabilito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (Delibera ANAC 264/2023, come modificata dalla Delibera ANAC 601/2023) e dal PIAO (Delibera 140/2024), a partire dal 27/06/2023, la sottosezione "Bandi di gara e contratti" introducendo due nuove sezioni.

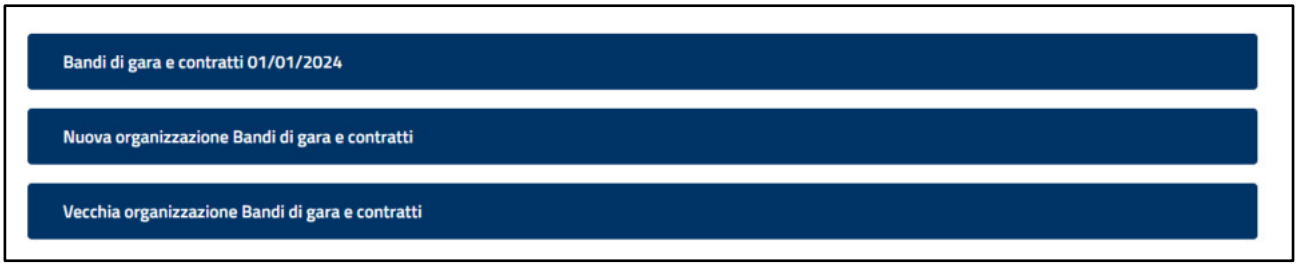



*Fig.110. Sezione Bandi di Gara*

Sono stati altresì aggiunti i link alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) come indicato dalla normativa vigente .

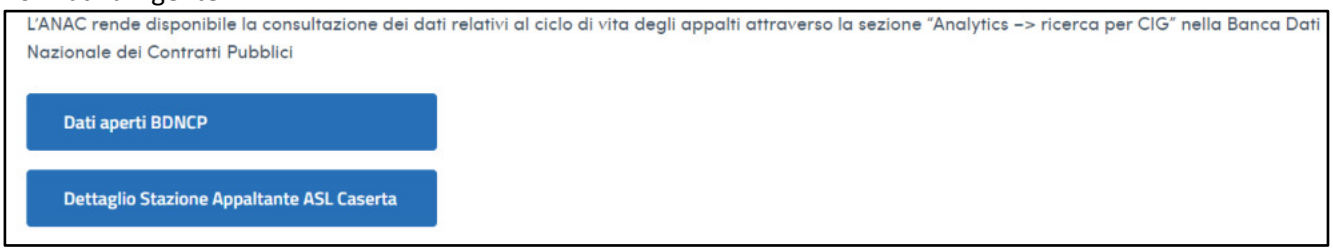



*Fig.111. Link alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BSNCP)*

I contenuti delle nuove sezioni sono stati dettagliatamente organizzati con un restyling grafico e funzionale che permette all'utente di essere costantemente aggiornato sulle singole procedure.

Sono stati aggiunti filtri di ricerca in testa ad ogni tabella per meglio ricercare le procedure di interesse, tramite contenuto del titolo o C.I.G..




*Fig.122. Filtri di ricerca*

Il dettaglio di ogni singola procedura è stato aggiornato con una veste grafica più accattivante che porta in testa i dati identificativi del bando: la categoria secondo la nuova normativa, il titolo, CIG, CUP, CPV date e importi e in calce la lista dei documenti che descrivono tutta la storia della gara, anch'essi suddivisi nelle categorie individuate dalla nuova normativa.

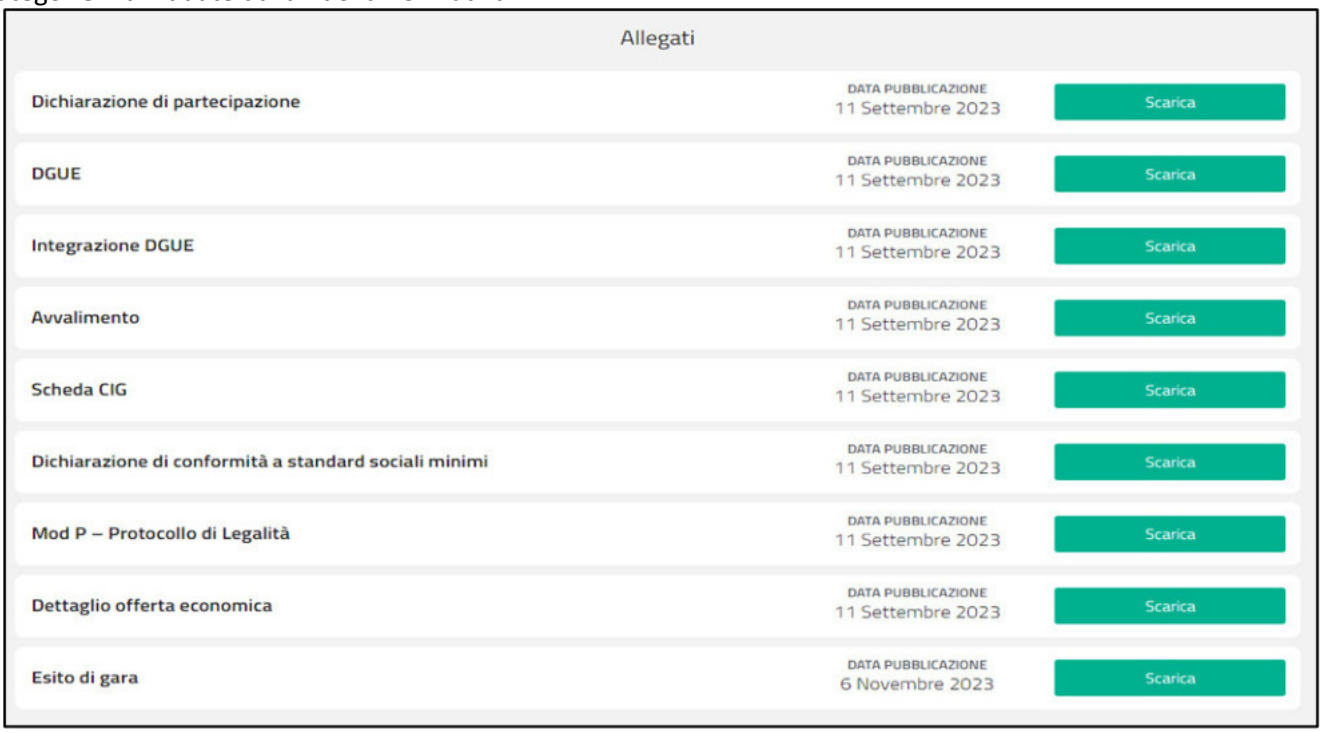



*Fig. 123*

## *5.17 Trasparenza: aggiornamento sito istituzionale*

La complessità dell'Azienda Sanitaria e l'elevato numero di servizi erogati richiede un costante aggiornamento delle informazioni; l'ASL di Caserta rende consultabile e accessibile il suo patrimonio di dati (atti, documenti, informazioni) **pubblicandoli** sul proprio sito web istituzionale raggiungibile all'indirizzo www.aslcaserta.it
Pubblicare non basta: i dati devono essere divulgati in maniera **comprensibile, aggiornata, completa, non equivoca**. Per essere realmente accessibili i dati vengono pubblicati in formato aperto.

**La Home Page del sito web**, la pagina principale del portale, rappresenta in tal senso un punto di partenza al fine di garantire la massima fruibilità all'utente, facile navigabilità, accessibilità e funzionalità.

È stata introdotta la **sezione ASL in Cifre**, accessibile direttamente dalla home page, che consente di visualizzare il numero delle prestazioni sanitarie eseguite dall'ASL relative a: screening, accessi al pronto soccorso, ricoveri totali, prestazioni ambulatoriali esterne, parti, farmaci, interventi chirurgici e vaccini.

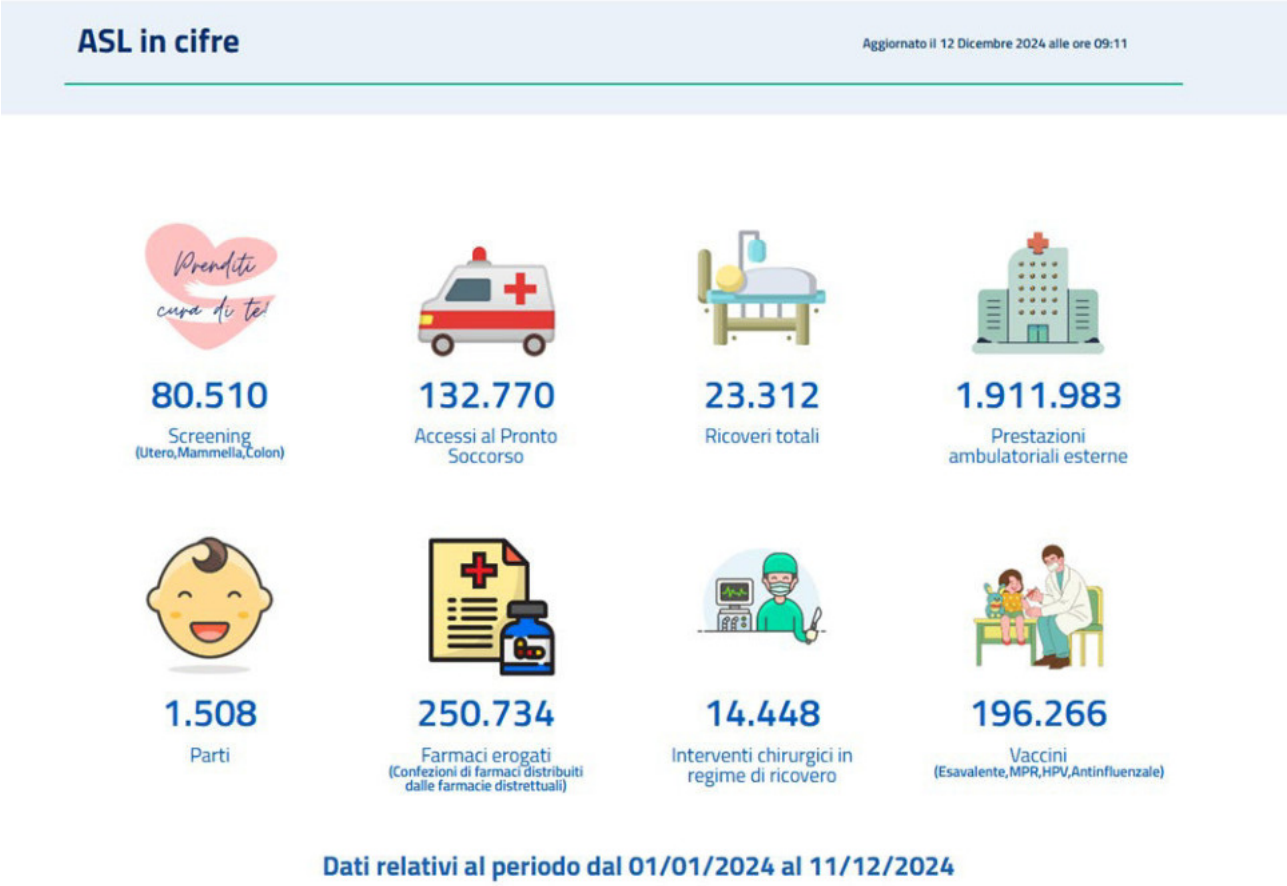



*Figura 124*

Al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi di carattere nazionale, come per normativa, è stato inserito un collegamento sulla home page al:

- **PNRR della Regione** Campania implementato con l'inserimento dei progetti che l'ASL di Caserta attua per la missione 6, M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, aggiornamento tecnologico e digitale, formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.
- **Programma Nazionale Equità nella Salute PNES** implementato con le aree di intervento: contrastare la povertà sanitaria, prendersi cura della salute mentale, il genere al centro della cura, maggiore copertura degli screening oncologici.
- **POR Campania FESR** implementata con l'inserimento dei progetti ammessi a finanziamento




*Figura 125*

Messa in risalto e ampliata anche la sezione dedicata al cittadino **"Come Fare Per"** che raccoglie le informazioni relative ai servizi offerti più ricercate sul sito web: dove eseguire la vaccinazione, come accedere ai servizi on line per prenotazioni e visite, come effettuare la scelta o la revoca del medico, procedure di esenzioni e ticket non evasi, autismo e ABA, i centri anti diabete (CAD) e introdotte le sezioni UOC Dipendenze Comportamentali/U.M. – Centro Arca, oblio oncologico e Medicina dei viaggi




*Figura 126*

Inoltre, è stato introdotto

- **il portale Servizi al Cittadino** che consente ai cittadini di accedere on line, tramite SPID, ai servizi dell'ASL di Caserta, scaricare referti di laboratorio e ambulatoriali firmati digitalmente dal medico e verificare la propria situazione "esenzione ticket"
- **Il portale della salute ASL CASERTA** https://portalesalute.aslcaserta.it/ ideato per fornire ai cittadini un accesso diretto e affidabile a informazioni sanitarie essenziali. È possibile navigare tra le patologie di proprio interesse e di identificare i servizi e le strutture sanitarie appropriate per ogni esigenza. Contiene informazioni sulle strutture sanitarie dell'ASL Caserta, sui servizi offerti, sulle attività dei servizi, sulle patologie e sui servizi associati. Inoltre, è dotata di chatbot automatizzata, utile per cercare i servizi in base ai sintomi. Si sottolinea che il portale è in fase iniziale di sviluppo, sarà ampliato con l'inserimento di tutte le informazioni e i dati utili allo sviluppo.




*Figura 127*

**<u>Reingegnerizzazione del sito:</u>**

Punto di forza sono le tecnologie digitali che rappresentano un potente alleato nella promozione della trasparenza grazie alle opportunità che offrono per migliorare l'accessibilità delle informazioni e facilitare la partecipazione. Considerata l'elevata mole di informazioni che di interesse del cittadino, sono state messe in campo innovative soluzioni di **reingegnerizzazione utilizzando i database per la storicizzazione e la lettura dei dati** ottenendo miglioramenti nelle seguenti aree:

1. **Pagine dei servizi:**

È stato creato un collegamento diretto tra il sito ed il portale del dipendente https://ww2.aslcaserta1.it/portale-dipendenti/ per l'aggiornamento delle pagine inerenti alle unità operative e dipartimentali. Questa innovazione ha portato numerosi vantaggi:

- Facilità di aggiornamento dei dati relativi ai responsabili di servizio, numeri di telefono della struttura, e-mail, descrizioni, informazioni utili al cittadino, immagini ecc.
- Monitoraggio continuo: grazie all'esecuzione di query sul database è possibile controllare grandi moli di dati istantaneamente e permettere una correzione efficace.
- Corretta visualizzazione delle qualifiche e dei ruoli ricoperti dal personale grazie all'integrazione in tempo reale con il database JSIPE di tutti i dipendenti e i collaboratori

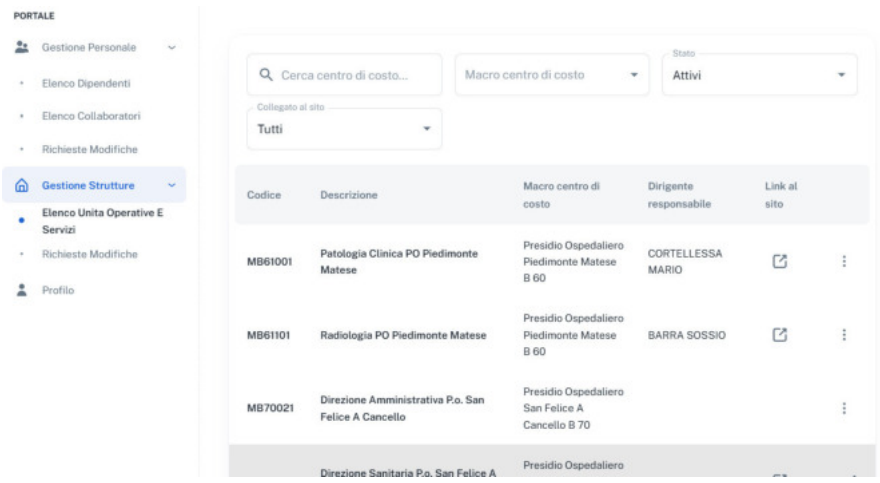



*Figura 128*

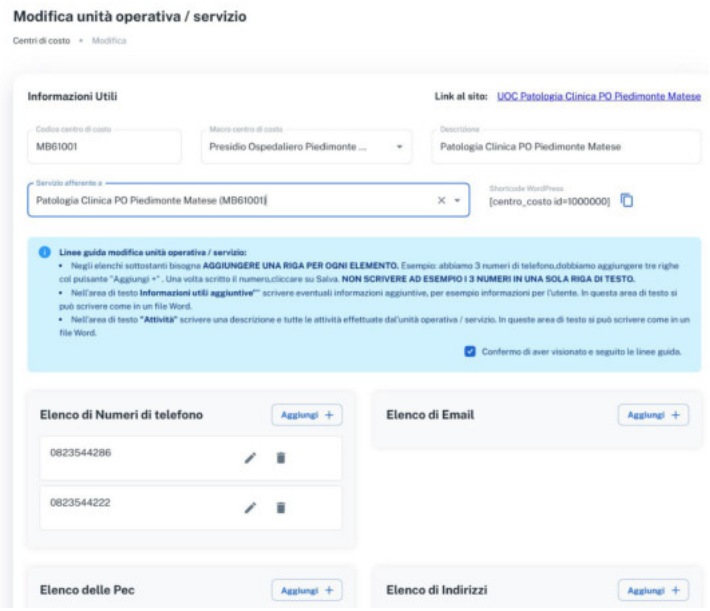



*Figura 129*

2. **Elenco completo dei dirigenti e sottosezioni delle unità operative e dipartimentali**

È stato creato un collegamento diretto tra il sito ed il portale del dipendente https://ww2.aslcaserta1.it/portale-dipendenti/ con il database JSIPE per la visualizzazione dei dirigenti presenti all'ASL di Caserta. Tale reingegnerizzazione ha portato i seguenti vantaggi:

- Aggiornamento in tempo reale riguardo la situazione dei dirigenti (se attivo, se trasferito, se in congedo ecc.) grazie all'integrazione con il database JSIPE
- Possibilità di inserire in modo strutturato e consistente tutti i dati relativi all'incarico comprensivo del documento di atto di nomina.
- Verifica, monitoraggio e correzione dei dati inseriti, grazie alle query per ricercare o modificare istantaneamente i dati.

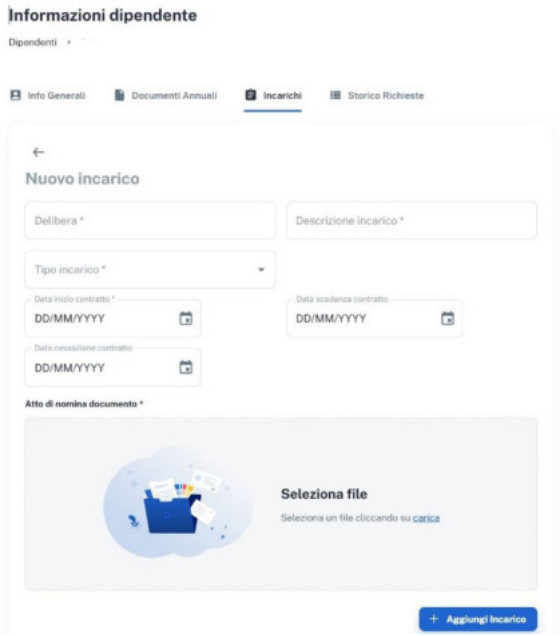



*Figura 130*

Particolare attenzione viene posta nella esposizione delle informazioni della sezione "***Amministrazione trasparente***" costantemente aggiornata.




*Fig. 131 - Sezione Amministrazione Trasparente – sito aziendale*




*Fig. 132 - Portale di "Amministrazione trasparente"*

Inoltre, molto rilievo è stato dato per far conoscere agli utenti l'organizzazione dell'Azienda con tutte le sue strutture che erogano assistenza sanitaria




*Fig. 133 - Sezione Struttura dell'Organizzazione Aziendale – sito aziendale*

Entrando nel dettaglio di un Presidio Ospedaliero, ad esempio il P.O. “Anastasia Guerriero” di Marcianise è possibile visualizzare il dettaglio della struttura, con i recapiti, l’indirizzo, un collegamento alla mappa e all’App Arianna tramite QR Code.




*Fig. 134 – Struttura sezione di un Presidio Ospedaliero*

Sono poi presenti dati relativi alle attività svolte, i documenti relativi agli indicatori e report di produttività e specifiche sezioni che portano alla Direzione, alle Valutazioni Istituzionali dei servizi offerti e le Aree Specialistiche a disposizione degli utenti

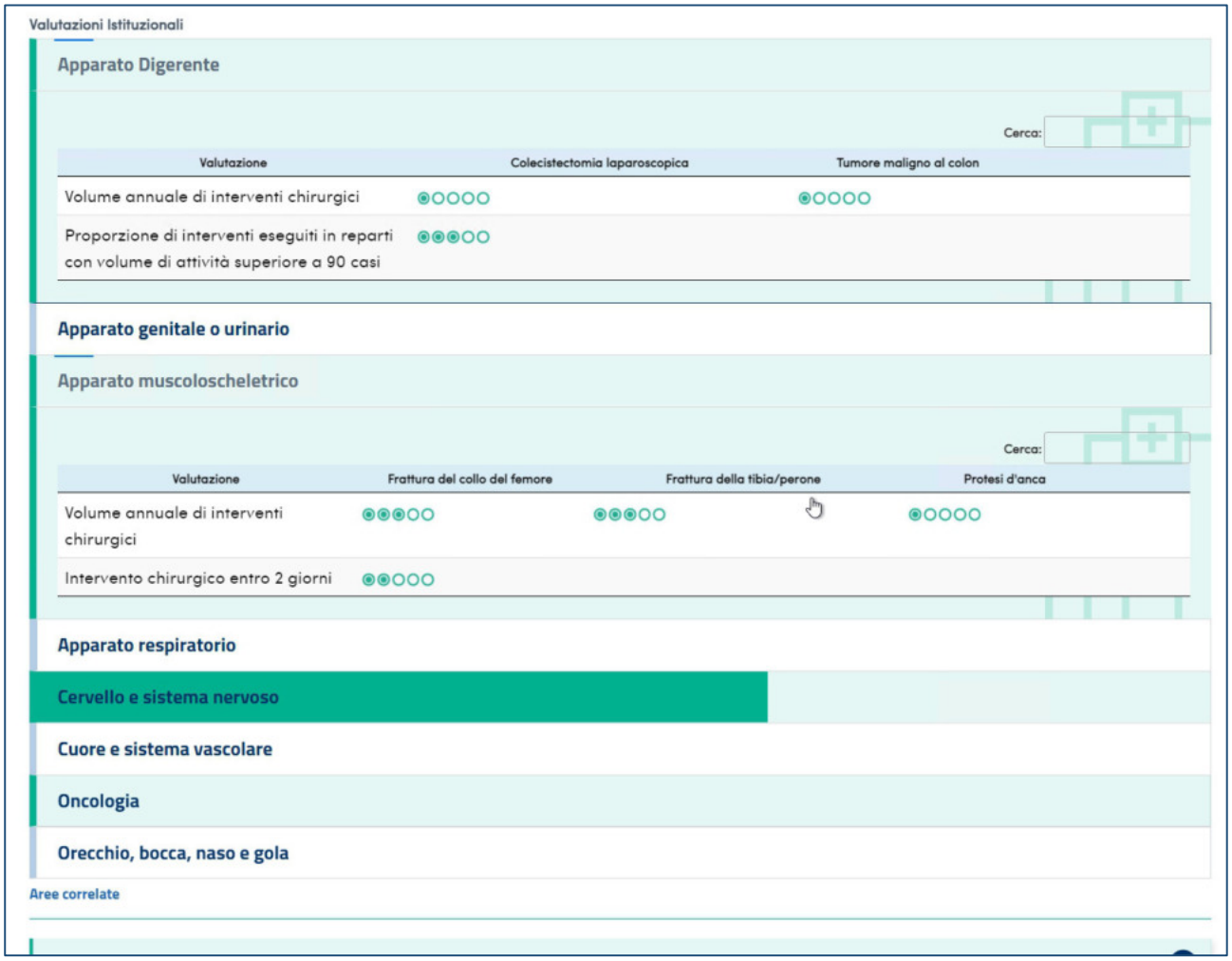



*Fig. 135 – Sezione "Valutazioni istituzionali"*

### *Nuova Articolazione degli uffici*

Riorganizzazione grafica e dei contenuti della sezione Articolazione degli uffici e Struttura Completa dell'Organizzazione nella sezione Amministrazione Trasparente.

Accesso dinamico e in tempo reale alla banca dati del personale aziendale e recupero dei documenti oggetto di obbligo di pubblicazione per dirigenti e posizioni organizzative. (Fig.52)

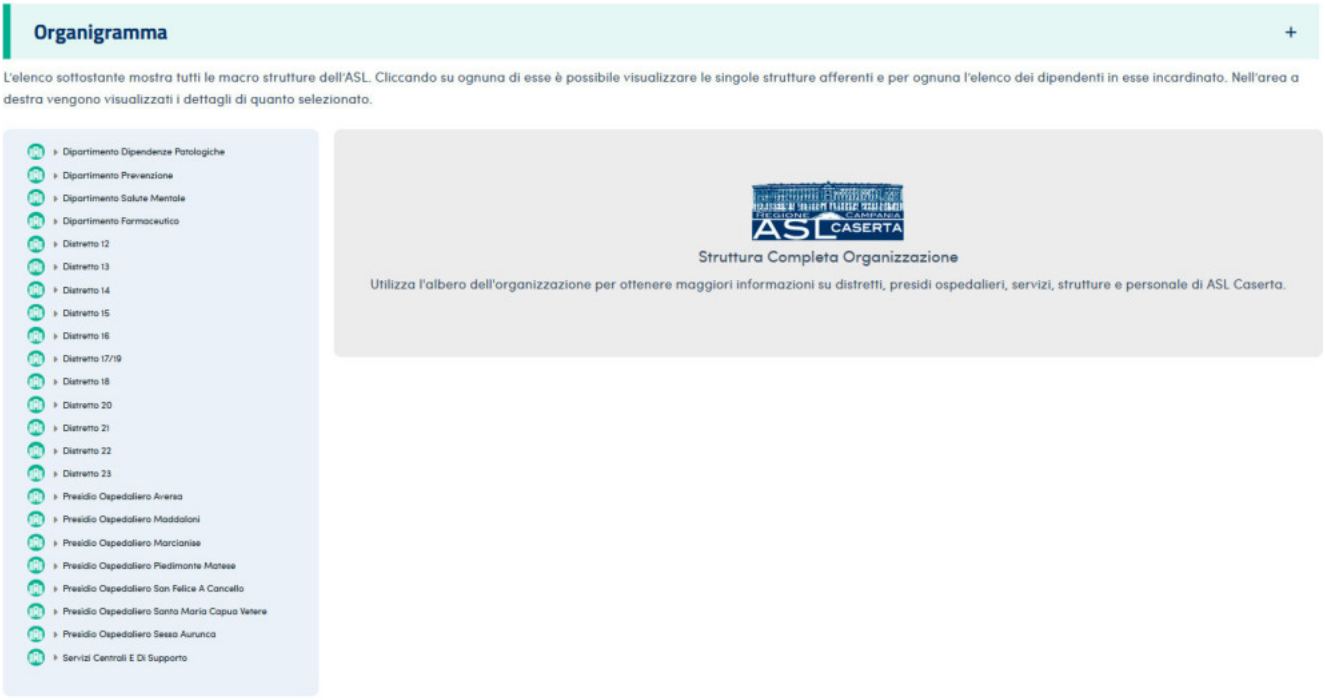



*Fig. 136 - Sezione "Le strutture", Presidi ospedalieri.*

Il menu laterale (Fig. 50) permette il caricamento dinamico dei contenuti scelti rendendo leggero e rapido il caricamento della pagina e permettendo di accedere alla descrizione della struttura, i suoi contatti e la descrizione delle attività e funzioni svolte.




*Fig. 137- Sezione "Le strutture", Presidi ospedalieri.*

Proseguendo sul menu di destra viene mostrato l'elenco dei dipendenti afferenti la struttura e cliccando sul singolo soggetto è possibile verificarne la qualifica e l'eventuale documentazione fornita.

### *Aggiunta di una chatbot*

Per migliorare l'interazione tra l'Azienda e l'utenza è stato inserito una chatbot che guida l'utente alla ricerca delle risposte ai suoi quesiti e gli permette, in caso non trovi risposta di fare delle domande a degli operatori dedicati a guidare l'utente verso la sezione del portale in cui sono disponibili le informazioni che richiedono.

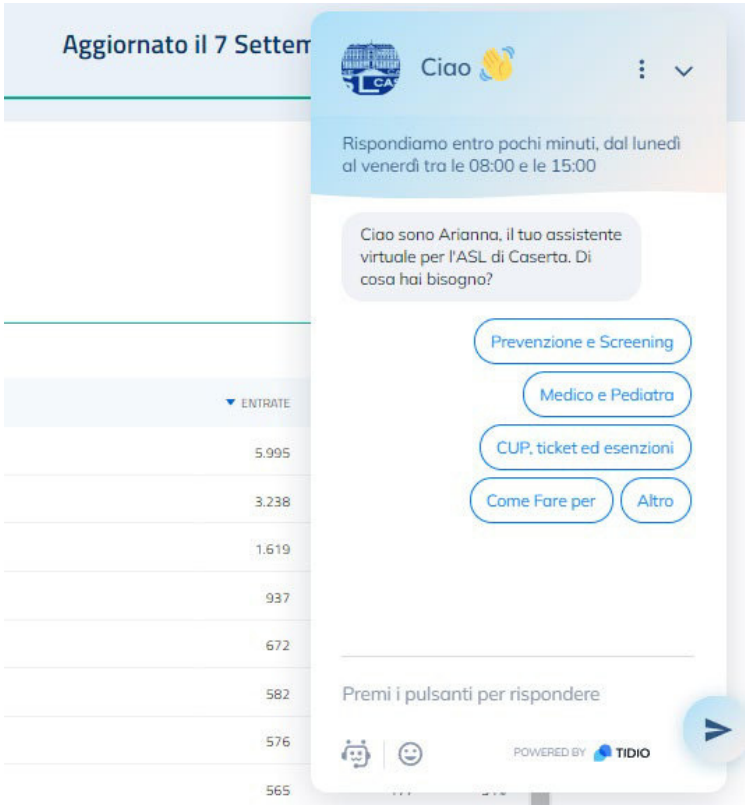



*Fig. 138 - Chatbot*

Tramite una articolata configurazione di tutto l'albero decisionale è possibile configurare la chatbot per meglio interagire con l'utente. (Fig. 55)

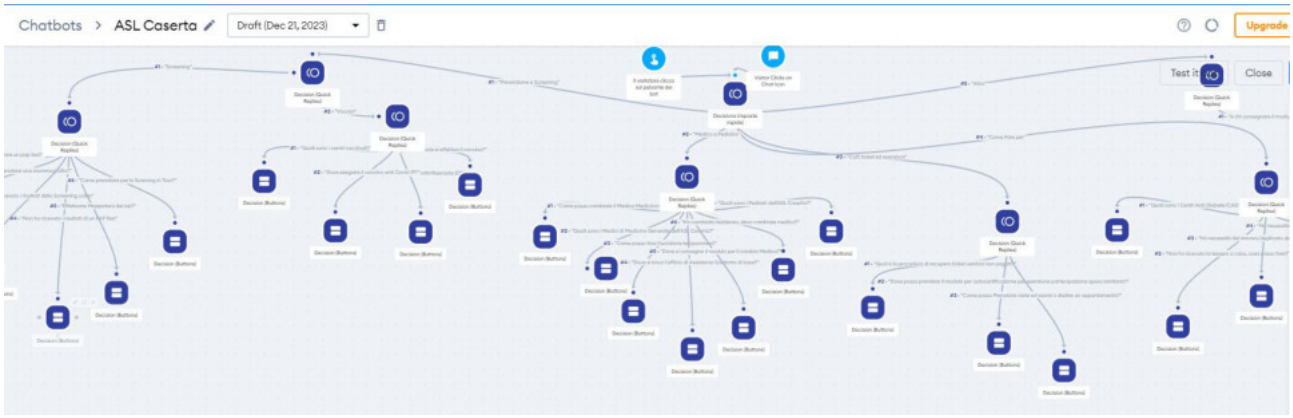



*Fig. 139 – Struttura Albero decisionale Chatbot*

## *Servizi di interazione con il cittadino: Chatbot "TIDIO"*

*Scorrendo con il mouse si ha il primo accesso al potente motore di AI, con il bottone "Chiedi a ioASL" che apre l'interfaccia della chatbot.*

**La Chatbot,** "TIDIO" attiva sul nostro portale dal 15 novembre 2023 ha riscontrato un forte interesse. Un modo del tutto nuovo e all'avanguardia per esplorare, conoscere e imparare ad usare i principali servizi online forniti dall'Asl, per trovare i numeri utili e le sedi di ospedali, guardie mediche e distretti, per scaricare la modulistica e per collegarsi ai canali social dell'Azienda. Il tutto all'interno di un processo che punta a facilitare l'accesso dei cittadini alle informazioni utili e che si integra con il sito internet aziendale, dove i contenuti a disposizione degli utenti sono costantemente in crescita, contribuendo a migliorare la

comunicazione tra utenti e azienda e a semplificare l'accesso alle informazioni. I cittadini hanno la possibilità di chattare con un operatore umano per avere maggiori informazioni.




*Fig. 140. Sezione "Cosa puoi fare in questo sito"*

L'accesso al ChatBot è sempre possibile in ogni sezione o pagina cliccando sul bottone in basso a destra, visibile sull'apposito Disclaimer:




*Fig. 141. Sezione "Accesso al ChatBot"*

Sono state effettuate migliorie al Chatbot. È stato addestrato tramite un Excel su come rispondere al cittadino alle sue domande. Principalmente cerca di indirizzare il cittadino verso il Servizio offerto dall'asl per la sua patologia, cosi da promuovere le nostre strutture. (Figura 138,139)

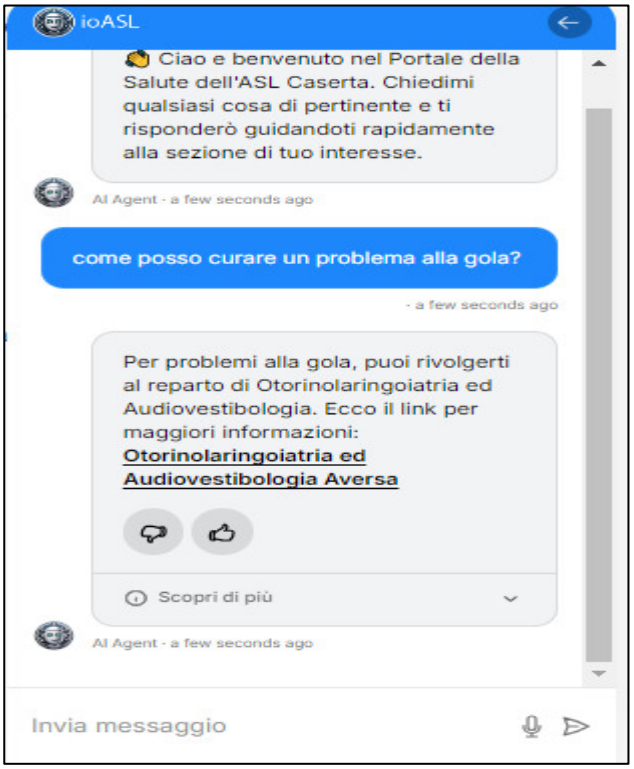



*Fig. 142. Esempio utilizzo chatbot*

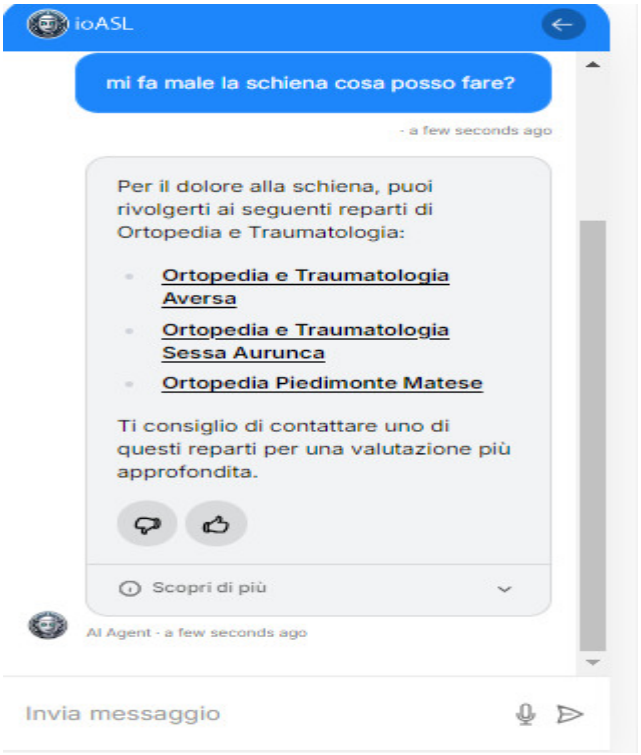



*Fig.143. Esempio utilizzo chatbot*

*Durante l'anno 2024 sono state n. 5464 le conversazioni gestite dall'operatore, di queste 30 sono state gestite dal chatbot*.

Il tempo di risposta è in media di 15 min. Il Tasso di soddisfazione è del 3.7 per cento.

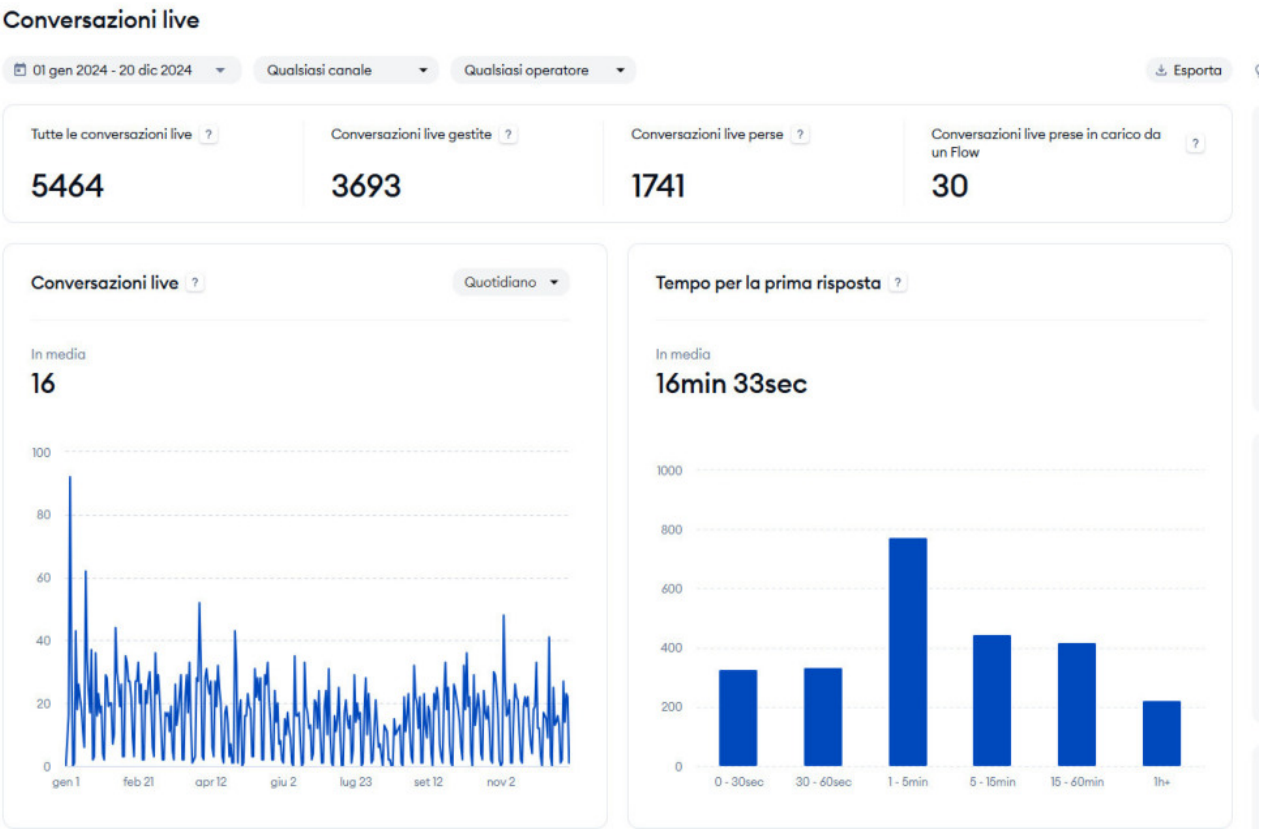



*Figura 144*

## *App Mobile per la Indoor Navigation*

È stata realizzata e rilasciata sugli store ufficiali (iOS e Android) la nuova app di navigazione indoor per tutti presidi dell'ASL di Caserta con ospedale pilota il Presidio Ospedaliero di Aversa. L'app denominata "Arianna Caserta" è progettata per semplificare il percorso all'interno dell'ospedale e guidare l'utente in modo efficace verso la destinazione desiderata.

"Arianna Caserta" è stata sviluppata appositamente per aiutare i pazienti, i visitatori, anche non vedenti o ipovedenti, a muoversi agevolmente all'interno del presidio ospedaliero di Aversa. Che si stia cercando un reparto specifico, un ambulatorio, una sala di attesa o qualsiasi altra area dell'ospedale, l'app di navigazione indoor è pronta ad assistere chi scelga di usarla.

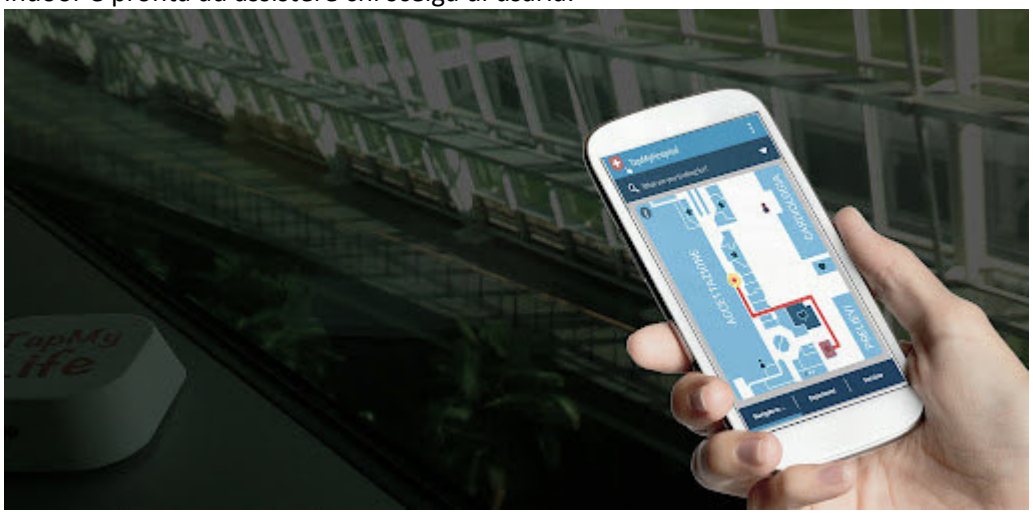


*Fig.145. App Mobile "Arianna"*

"Arianna Caserta" offre all'utente molteplici funzionalità:

- *Mappa interattiva*: Accesso a una mappa dettagliata dell'ospedale di Aversa, che permette di visualizzare tutti i reparti, gli ambulatori, le sale di attesa e gli altri servizi disponibili. La mappa è intuitiva e facilmente navigabile.
- *Pianificazione del percorso*: Inserendo il punto di partenza e la destinazione desiderata l'app calcolerà automaticamente il percorso più breve e conveniente per raggiungerla. L'utente riceve indicazioni chiare e dettagliate passo dopo passo per essere guidato lungo il tragitto.
- *Indicazioni vocali*: L'app fornirà indicazioni vocali in tempo reale, in modo che l'utente possa concentrarti sulla tua strada senza dover continuamente consultare lo schermo del suo dispositivo.
- *Punti di interesse*: All'utente vengono mostrati i punti di interesse lungo il percorso, come ascensori, bagni, distributori automatici e altre aree importanti dell'ospedale. Questa funzione aiuterà a individuare facilmente i servizi di cui si ha bisogno lungo il percorso.
- *Informazioni aggiuntive*: Accedendo al dettaglio dei punti di interesse sarà possibile ottenere informazioni utili sugli orari di apertura, i numeri di telefono di reparti specifici, i medici di turno e altre informazioni importanti.

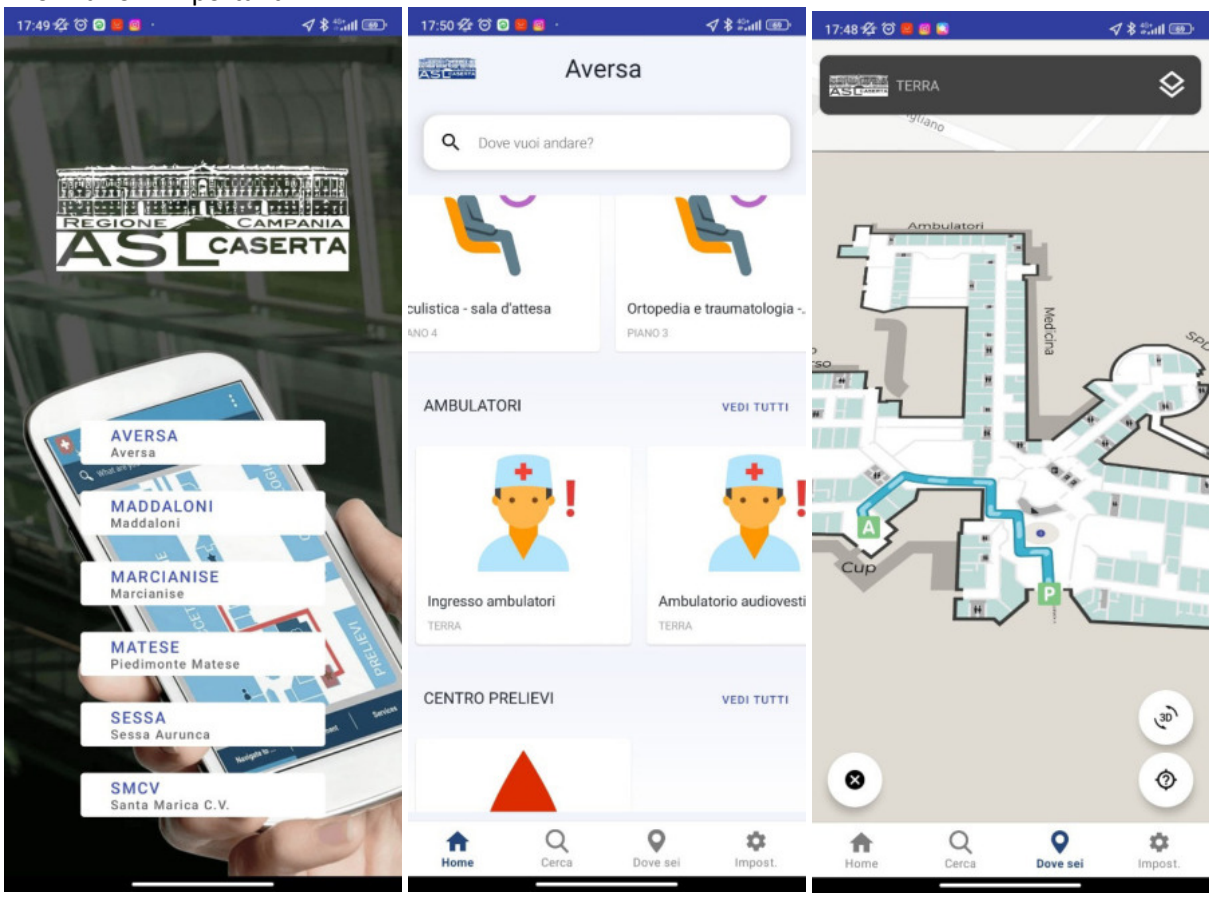


*Fig. 146*

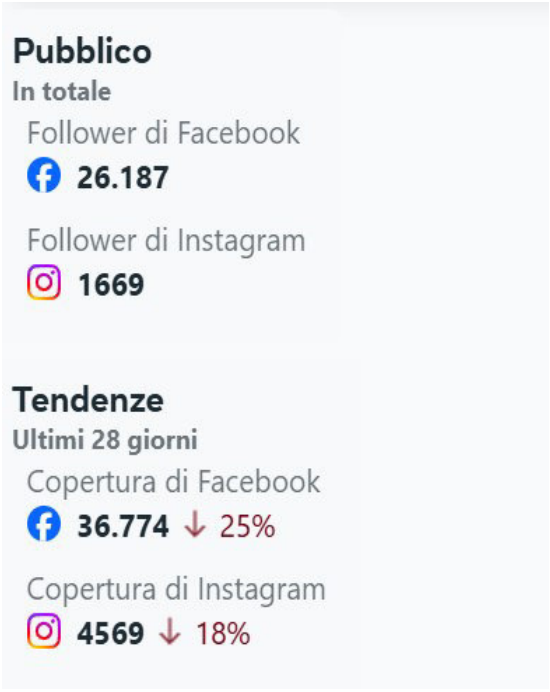
## *Canali Social*

I profili *Facebook, Instagram, Telegram, You Tube e di nuovissima introduzione LinkedIn* dell'Azienda, curati dal servizio Anticorruzione Trasparenza e Privacy, attraverso i quali si può rimanere aggiornati su servizi, approfondimenti e news rappresentano un importante supporto per l'Amministrazione nella possibilità concreta di creare un dialogo semplice, rapido, efficace con il cittadino. I social sono essenziali per diffondere in modo capillare ed "economico" informazioni sui servizi offerti dall'Azienda nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, per promuovere iniziative, veicolare l'immagine dell'Azienda dei professionisti, per aumentare il livello di partecipazione e, quindi, la reputazione e la fiducia. Per ottimizzare questo aspetto, è stato implementato un calendario editoriale mensile con contenuti visivi (immagini e video). Tra le iniziative più pubblicizzate vi sono stati gli "*screening in tour*", un programma di Screening per la prevenzione del cancro della mammella, della cervice uterina, del colon retto in tutti i comuni della Provincia di Caserta per mezzo di un truck mobile, o presso strutture ASL Caserta o attraverso aperture straordinarie di open day. Questi eventi hanno avuto lo scopo di aumentare la partecipazione e la consapevolezza riguardo agli screening oncologici, facilitando l'accesso ai servizi e migliorando la prevenzione nella popolazione. Altre informazioni

pubblicate riguardano manifestazioni di interesse, aggiornamenti e news, eventi in programma, promozione di nuove strutture nell'area sanitaria locale, il progetto della digitalizzazione informatica e molto altro ancora. La strategia della campagna social si basata su:

- Pubblicazioni giornaliere di contenuti per mantenere un flusso costante di informazioni.
- Utilizzo di formati multimediali per massimizzare il coinvolgimento degli utenti sui diversi canali.
- Pubblicazione di storie su appuntamenti screening e di carattere sanitario

Immagine- Screenshot n. 2 Report /Settembre/Ottobre pagina Facebook. Fonte: **Facebook**




La costante pubblicazione di contenuti ha favorito la crescita della pagina di Facebook e di Instagram dell'ASL di Caserta. Al momento, la pagina Facebook vanta **26.186 follower,** mentre quella Instagram ne ha raggiunto **1669,** segnando un aumento considerevole rispetto all'anno precedente. La copertura rappresenta il numero totale di utenti unici che hanno visualizzato un post o un contenuto sui canali social almeno una volta. Questa metrica, che indica quante persone hanno avuto accesso al contenuto, ha registrato un piccolo calo del 25% su Facebook e del 18% su Instagram nell'ultimo mese (novembre 2024) rispetto ai tre mesi precedenti. La pagina Facebook ha riscontato una forte crescita di fallower, di copertura ed anche percentuale di interazione ovvero tutte le azioni compiute dagli utenti in risposta a un post o contenuto. Queste possono includere reazioni (come "Mi piace", "Cuore", "Wow"), commenti, condivisioni, clic sui link, salvataggi del post, e qualsiasi altra forma di partecipazione attiva.

Negli ultimi 90 giorni i post editati sono stati visionati da circa 83.787 persone con 4.601 interazioni (like, commenti, condivisioni). Dal grafico emerge che la copertura ha ricevuto un incremento del 41.6 % rispetto ai tre mesi precedenti di giugno, luglio e agosto. Le interazioni raggiungono una copertura dell'103,76%.

FIGURA. Report Sett-Ott-Nov pagina Facebook. Fonte: Facebook (Fig. 148)




Come si evince da successivo grafico, il pubblico potenziale oscilla dai 37.5000.000 ai 44.1000.000 con una percentuale di donne del 51% e di uomini del 49%.

*Figura 148: Pubblico potenziale Ott-Nov. Fonte: Facebook*



**Come si evince da successivo grafico, il pubblico potenziale oscilla dai 37.5000.000 ai 44.1000.000 con una percentuale di donne del 51% e di uomini del 49%.**
***Figura successiva Pubblico potenziale Ott-Nov. Fonte: Facebook***

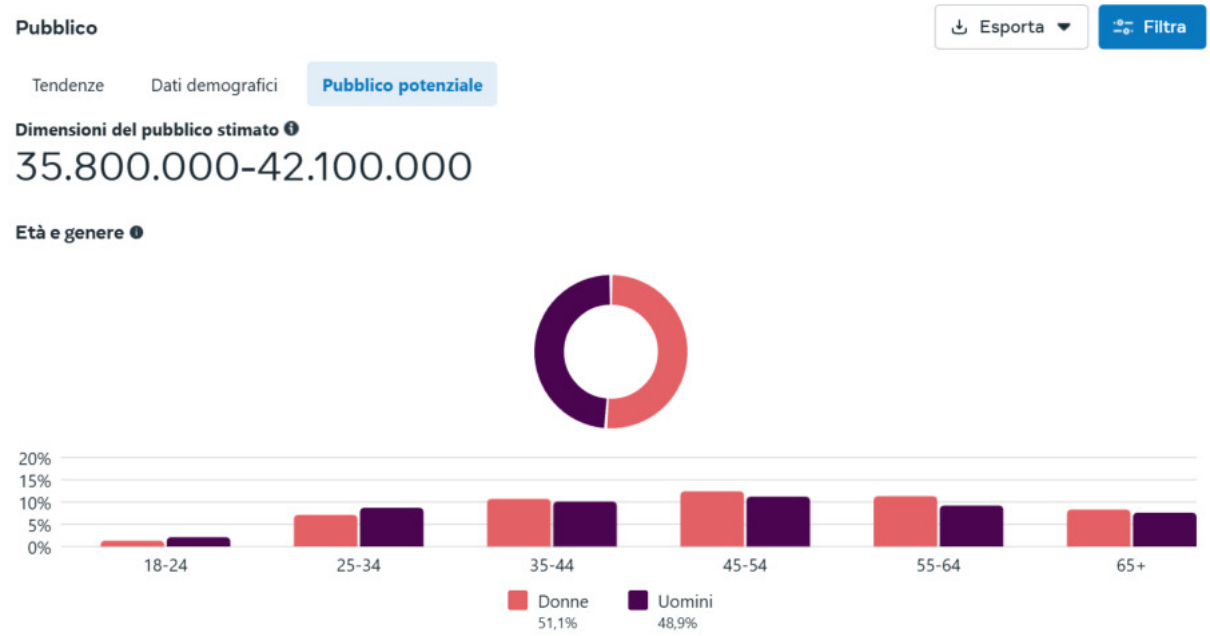



*Fig. 149*

La casella di posta privata di Messenger è molto frequentata, ricevendo richieste relative sia agli eventi postati (screening, news) sia a informazioni generali sui servizi sanitari offerti. Nel corso di un mese, sono stati ricevuti circa 60 messaggi su Messenger, oltre a numerosi commenti sui post pubblicati. Anche la casella di posta elettronica social@aslcaserta.it è attiva e riceve richieste più specifiche sui servizi sanitari offerti dall'ASL. Si evidenzia che sia i messaggi che i commenti sono tempestivamente evasi. La pagina Facebook dell'ASL di Caserta ha ricevuto 46 recensioni, con una percentuale di valutazione positiva del 56%. Le recensioni sono pubbliche e non possono essere eliminate. Di seguito, si riportano due recensioni relative all'anno 2024:

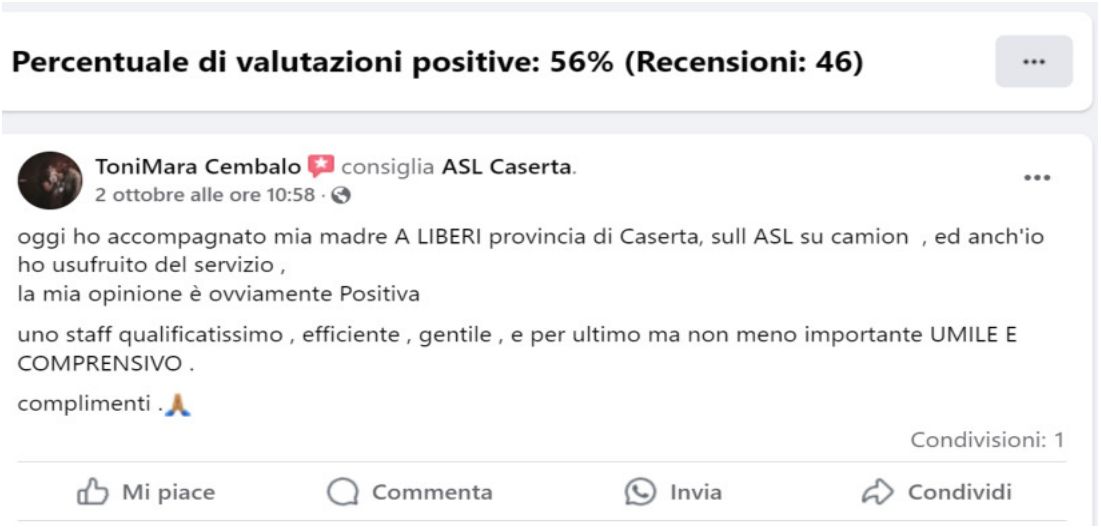



*Fig.150 recensioni*




*Fig. 151*

La presenza sui canali social rappresenta per l'ASL di Caserta un'opportunità cruciale per costruire una comunità attiva e coinvolgente. Le pubblicazioni giornaliere sono state essenziali per mantenere alta l'attenzione del pubblico che una crescita.

Un calendario editoriale ben pianificato consente di diversificare i temi e mantenere l'interesse.

La crescita costante e progressiva dell'utilizzo dei canali social rilevata mette in evidenzia che l'ASL di Caserta è sempre più vicina al pubblico cittadino creando una relazione che gli consente di avvicinarsi alla nostra ASL in linea con gli obiettivi aziendali.

Pertanto, saranno rafforzate le strategie adottate e ne verranno introdotte nuove ai fini di mantenere alto l'interesse, aumentare la copertura totale e ampliare il pubblico.

Consapevoli che il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce sia livello essenziale delle prestazioni sia un fondamentale strumento di diffusione della cultura della legalità, e di prevenzione di comportamenti che si discostano dal perseguimento dell'interesse pubblico, si prosegue con l'attivazione di strategie volte a garantire la trasparenza.

L'ASL di Caserta accetta le sfide del cambiamento e prevede di potenziare e aggiornare i servizi offerti, introducendo nuove strategie di diffusione dell'informazione anche attraverso l'intelligenza artificiale.

La prima sfida, dunque, è creare un ecosistema interconnesso dove parole chiave come relazione e collaborazione convivano in maniera sinergica ai fini di una migliore performance. La seconda è la sfida in cui la tecnologia è chiamata a rispondere ai bisogni dell'essere umano sostenendo fattivamente ad una società più sana e partecipe. Rimettere l'uomo al centro del rapporto medico-paziente con il contributo delle

innovazioni tecnologiche è, perciò, più che una scommessa. È la partita i cui risvolti si vedranno anche nella spesa pubblica. Con l'avvento delle tecnologie, l'utente necessita non solo di prodotti o servizi, ma anche di supporto, consulenza e formazione.

**E.S.G. (Environmental, Social, Governance)**

***E.S.G.** è l'acronimo di **Environmental, Social, Governance**, che in italiano può essere tradotto come:*

1. ***Ambientale** – Riguarda l'impatto dell'organizzazione sull'ambiente, incluse la gestione delle risorse naturali, le emissioni di $CO_2$, la riduzione dei rifiuti e l'efficienza energetica.*
2. ***Sociale** – Si riferisce alle relazioni dell'organizzazione con dipendenti, comunità e altri stakeholder, includendo temi come diritti umani, equità, inclusione, condizioni di lavoro e salute e sicurezza.*
3. ***Governance** – Riguarda il sistema di gestione aziendale, inclusa la trasparenza, l'etica, la responsabilità e la composizione degli organi direttivi.*

*Il termine ESG rappresenta un insieme di criteri utilizzati per valutare la sostenibilità e l'impatto etico di un'organizzazione*

Le aspettative degli stakeholder sono sempre più rilevanti nel guidare le scelte strategiche delle aziende sanitarie, compresa l'integrazione dei principi ESG (Environmental, Social, Governance).

Nel contesto della sanità, gli stakeholder – pazienti, comunità locali, dipendenti, istituzioni pubbliche, partner privati e regolatori – richiedono non solo eccellenza clinica ma anche un approccio sostenibile, equo e trasparente alla gestione delle strutture sanitarie.

**Come gli Stakeholder Influenzano le Decisioni ESG**

**a) Pressione per una sanità più sostenibile (Environmental)**

- **Percezione:** I pazienti e le comunità richiedono un impegno verso la riduzione dell'impatto ambientale, la gestione responsabile dei rifiuti sanitari e l'efficienza energetica.
- **Influenza:** Questo spinge l'azienda sanitaria a investire in tecnologie ed edifici a basso consumo energetico.

**b) Richiesta di equità e inclusione (Social)**

- **Percezione:** Gli stakeholder si aspettano che l'organizzazione garantisca accesso equo alle cure, promuova la parità di genere e migliori il benessere lavorativo del personale sanitario.

**c) Necessità di trasparenza e accountability (Governance)**

- **Percezione:** Le istituzioni pubbliche, ma anche la comunità, chiedono maggiore trasparenza nei processi decisionali, nell'allocazione delle risorse e nel monitoraggio degli obiettivi ESG.
- **Influenza:** Questo sta spingendo l'Azienda a rafforzare i meccanismi di rendicontazione e a integrare i principi ESG nei propri piani organizzativi

---

***L'Azienda Sanitaria Caserta, si propone di rispondere a queste aspettative.***

L'ASL di Caserta ha dato avvio ad un progetto collaborativo con la Startup dell'Universitaria ERMES Srl della Sapienza Università

Il progetto vede coinvolti in una prima fase gli 11 Distretti Sanitari e successivamente verranno coinvolti anche i 7 Presidi Ospedalieri e mira a mappare le pratiche aziendali sostenibili e sviluppare una politica di sostenibilità.

La prima fase di lavoro ha previsto la costituzione di un Gruppo di lavoro ed una formazione dei Direttori dei Distretti Sanitari e dei Servizi Centrali su tematiche specifiche di sostenibilità.

Le collaborazioni tra Aziende Sanitarie, Università e Centri di ricerca rappresentano una leva strategica per sviluppare soluzioni innovative che rispondano alle sfide della sostenibilità e dell'inclusione sociale. Tali partnership consentono di combinare competenze cliniche, scientifiche e tecnologiche, accelerando il trasferimento delle conoscenze in applicazioni **pratiche.**

**Molte sono le iniziative già messe in atto:**

**a) Iniziative Ambientali**

- Installazione di pannelli solari e sistemi di illuminazione a LED per migliorare l'efficienza energetica.

**b) Iniziative Sociali**

- Accesso equo ai servizi:

    - Potenziamento dei servizi territoriali per garantire cure più vicine ai cittadini, riducendo le disuguaglianze.
    - Implementazione di programmi di telemedicina per raggiungere pazienti in aree remote.
- **Benessere del personale sanitario:**
    - Avvio di percorsi di supporto psicologico per il personale, particolarmente necessario dopo la pandemia.
- **Inclusione e diversità:**
    - Campagne interne per promuovere l'equità di genere e valorizzare la diversità nel luogo di lavoro.

**c) Iniziative di Governance**

- **Rafforzamento della trasparenza:**
    - Pubblicazione regolare di bilanci per informare gli stakeholder sui progressi raggiunti.
    - Introduzione di strumenti digitali per rendere accessibili informazioni chiave, come tempi di attesa.

**Per il 2025 ci si propone:**

- Riduzione dell'impatto ambientale:
    - Adozione di protocolli per la gestione sostenibile dei rifiuti, in particolare per quelli sanitari pericolosi.
    - Introduzione di sistemi digitali per il monitoraggio dei consumi energetici e idrici delle strutture.
    - Implementazione di Key Performance Indicators (KPI) specifici per valutare il progresso nelle aree ESG
    - Pubblicazione regolare report ESG per informare gli stakeholder sui progressi raggiunti
    - Programmi di formazione continua per sviluppare competenze in ambito ESG e innovazione digitale
    - Coinvolgimento degli stakeholder: Collaborazioni con enti pubblici e privati per sviluppare progetti comuni di sostenibilità.

L'Azienda riconosce che soddisfare le aspettative degli stakeholder in ambito ESG non è solo una responsabilità etica, ma anche una leva strategica per migliorare la qualità dei servizi e rafforzare la fiducia dei cittadini.

Gli sforzi futuri saranno orientati a:

- Consolidare la cultura della sostenibilità attraverso programmi educativi interni ed esterni.
- Adottare modelli di governance sempre più trasparenti e partecipativi, mettendo gli stakeholder al centro delle decisioni strategiche.

## *6 La Gestione della Privacy all'interno dell'ASL di Caserta*

L'A.S.L. di Caserta è Titolare del trattamento dei dati personali, dei dati relativi alla salute, nonché di categorie particolari di dati, quali i dati sensibili e giudiziari che tratta nell'esercizio e per le finalità delle proprie attività istituzionali, nel rispetto dei diritti degli interessati. Il trattamento dei dati personali avviene in base a principi e a finalità atti a garantire la legittimità e la conformità dello stesso.

All'interno dell'Asl di Caserta è stato implementato un modello organizzativo e gestionale della privacy, adeguato alla complessità ed alla dinamicità della nuova organizzazione strategica, nonché all'evoluzione normativa in atto, sia europea che nazionale, con l'obiettivo di:

- Utilizzo appropriato e conforme dei dati personali alle finalità istituzionali;
- Garantire che il trattamento sia effettuato dai soggetti autorizzati; - garantire una adeguata protezione dei dati ed il rispetto dei diritti degli interessati;
- Disporre di idonei strumenti per interventi autocorrettivi, al fine di prevenire comportamenti scorretti ed incorrere in sanzioni;

- Garantire un sistema di gestione documentale che consenta la tracciabilità dei processi e delle operazioni eseguite per finalità di trasparenza, accessibilità e di dimostrare la conformità dei trattamenti.

In conformità al Regolamento UE 2016/679 e al D.Lgs. n. 196 del 2003 novellato dal D.Lgs. n. 101 del 2018, gli strumenti operativi già adottati dall'ASL di Caserta e in uso per la gestione della privacy sono:

- Il Registro delle attività di trattamento dei dati personali, che descrive l'intero sistema dai trattamenti alle misure di sicurezza, le varie figure privacy e i loro rispettivi ruoli, sia del Titolare che dei Responsabili Interni;
- La Designazione dei Responsabili interni ed esterni, dei soggetti autorizzati e degli Amministratori di sistema, nonché di altre figure professionali specifiche; - la designazione del Responsabile della Protezione dei Dati personali (RPD anche denominato DPO: Data Protection Officer);
- La Formazione con corsi FAD ed in aula;
- L'Informativa semplificata e il modulo di consenso;
- La Modulistica codificata e pubblicata in area documentale dell'Asl di Caserta;
- La definizione delle modalità di gestione delle richieste e dei diritti degli interessati;
- In particolare, si è cercato di riconsiderare le condotte assunte non solo nell'ottica di un mero adeguamento ai dettami normativi previsti in materia, ma in particolare come obiettivi strategici da perseguire, stabiliti all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

**Organigramma aziendale, nell'ambito della protezione e della riservatezza dei dati personali**

Considerata l'articolazione, le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, quest'ultima si è dotata di un'organizzazione interna, strutturata su diversi livelli di responsabilità.

Il **Titolare del trattamento** è l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, nella persona del Direttore Generale pro tempore; viene contemplata la figura del **Referente Privacy** il quale, interagendo con il Responsabile della Protezione dei Dati (**DPO**), è deputata a risolvere specifiche problematiche riguardanti la sicurezza informatica e la gestione di eventuali violazioni dei dati (*Data breach*).

In virtù del principio di responsabilizzazione (*Accountability*) riconosciuto dal Regolamento europeo 679/2016 sulla protezione dei dati personali (GDPR) in capo al Titolare del trattamento, si è reso necessario inoltre definire un sistema di deleghe di funzioni allo scopo di garantire interventi strategici per la corretta gestione della riservatezza e della protezione dei dati. Il Titolare pertanto mediante Atto di Delega, attribuisce compiti e funzioni connessi al trattamento dei dati a favore di coloro che in Azienda ricoprono incarichi di responsabilità e autonomia, definiti **Delegati al Trattamento**.

In considerazione delle modifiche previste dall'ultimo Atto Aziendale (giusta Delibera n. 1358 del 01.08.2023) rispetto alle Strutture esistenti in termini di nuove funzioni e competenze, è stato aggiornato, integrato e approvato il **Piano di Attribuzione della Delega di funzioni**, giusta Delibera n. 329 del 23.02.2024.

Con tale provvedimento vengono sia confermate le Deleghe di funzioni precedentemente attribuite, sia conferite nuove Deleghe in conformità del nuovo Atto aziendale e il relativo elenco è stato pubblicato nella sezione *Privacy* del sito aziendale.

In tale occasione, è stato elaborato un nuovo modello di Atto di delega di funzioni, da somministrare e far firmare ai Responsabili delle strutture aziendali.

Per ciò che riguarda invece i soggetti che operano sotto la diretta autorità del Titolare (dipendenti, collaboratori, titolari di rapporto di lavoro autonomo, soggetti operanti stabilmente ad altro titolo, come specialisti ambulatoriali, tirocinanti, frequentatori volontari e borsisti), sono state formulate nuove **Istruzioni** che l'Azienda deve impartire, le quali rappresentano per gli stessi un Atto di individuazione come **Incaricato/Autorizzato al trattamento dei dati**.

Per uniformare la gestione di tali modalità di designazione:

1. Per i neo-assunti, tali istruzioni vengono allegate al contratto individuale di lavoro;
2. Per il personale attualmente in servizio, che risulta già individuato, si è ritenuto opportuno la pubblicazione di tale documento sul portale del dipendente, assumendo tale comunicazione la specifica funzione di *designazione*.

In ogni caso, rientra comunque nei compiti riconosciuti al Delegato sia la corretta individuazione di tutti i dipendenti/collaboratori quali Autorizzati, sia la somministrazione ai propri collaboratori delle relative istruzioni.

**Formazione del personale**

La **formazione del personale** viene descritta senz'altro come uno dei principali obiettivi indicati nel PIAO, ma più in generale nell'ambito della privacy e della normativa in materia, questa rappresenta una condizione fondamentale per maneggiare dati personali e particolari, in quanto si evitano o si riducono i rischi legati ad eventuali episodi di violazione dei dati personali (*Data breach*).
Dunque, nell'ambito della consueta programmazione annuale, è stato pianificato e garantito a tutti i dipendenti la partecipazione al corso di formazione in materia di protezione dei dati personali, dal titolo "***L'attuazione della normativa in materia di privacy tra GDPR e intelligenza artificiale***", il cui svolgimento viene considerato un obbligo di legge.

**Contenuti pubblicati**

Com'è noto, le Pubbliche amministrazioni con riferimento alle proprie attività e funzioni, sono tenute a perseguire esigenze di pubblicità e trasparenza. Esistono infatti due diversi obblighi di pubblicità, ai quali queste devono sottostare:

1. obblighi di pubblicazione per finalità di trasparenza;
2. obblighi di pubblicazione per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa.

In quest'ultima fattispecie, vi rientra la realizzazione della sezione *Privacy* del sito aziendale, all'interno della quale sono stati inseriti diversi e importanti documenti.

Nella sottosezione "***Informative***", sono stati pubblicati:

a) Informativa sul trattamento dei dati personali in relazione alla segnalazione del Whistleblower;
b) Informativa sul trattamento dei dati personali per il personale aziendale – collaboratori vari – partecipanti a bandi di concorso e selezioni;
c) Informativa sul trattamento dei dati personali del FSE;
d) Informativa sul trattamento dei dati personali per l'opposizione all'alimentazione automatica del FSE con i dati e i documenti digitali sanitari generati da eventi clinici, riferiti alle prestazioni erogate dal SSN fino al 18 maggio 2020 – Modulo di delega
e) Informativa sul trattamento dei dati personali e modulo per la prestazione professionale psicologica
f) Informativa in materia di trattamento dei dati personali "Voucher per l'erogazione dell'assegno unico per i nuovi nati secondogeniti"
g) Informativa sul trattamento dei dati personali in relazione all'utilizzo di impianti di videosorveglianza
h) Informativa sul trattamento dei dati personali per il rilascio del certificato di Oblio Oncologico
i) Informativa sul trattamento dei dati personali per la riapertura della procedura per l'esercizio della facoltà di opposizione all'alimentazione automatica del FSE con i dati

e i documenti digitali sanitari generati da eventi clinici, riferiti alle prestazioni erogate dal SSN fino al 18 maggio 2020 – Modulo di delega

Nella sottosezione "***Documenti***":

- Delibera n. 329 del 23.02.2024 "*Aggiornamento del Piano di Attribuzione delle Deleghe di funzione per la protezione dei dati*".
- Circolare "*Indicazioni in merito all'inserimento di dati personali nelle informazioni trasmesse alla BDNCP e/o pubblicate sul sito istituzionale delle Amministrazioni". Comunicato del Presidente ANAC del 3.07.2024*". – All. 1) Comunicato del Presidente ANAC del 3.07.2024; All.2) - Modulo richiesta cancellazione dati personali BDNCP.

**Responsabili esterni al trattamento dei dati**

Nell'ambito dei rapporti contrattuali e/o convenzionali che possono consistere in attività di trattamento dei dati, il Titolare è tenuto a designare la figura del **Responsabile esterno** (art. 28 GDPR).
Con la Delibera n.1043 dell'11/07/2022 è stata prescritta la procedura di nomina e le relative modalità operative a cui tutti gli Uffici coinvolti devono conformarsi, prevedendo specificamente che:

1. in occasione dell'istruttoria finalizzata all'affidamento di attività, prestazioni, servizi o per la stipula di convenzioni, i Delegati al trattamento sono tenuti ad eseguire le procedure di individuazione dei Responsabili esterni, proponendo al Titolare la relativa nomina mediante l'utilizzo del previgente modello aziendale e predisponendo un elenco aggiornato degli stessi;
2. ogniqualvolta si addivenga alla stipulazione di un contratto, l'Ufficio competente deve informare di tale evento il Referente privacy, avvalendosi sempre di relativo modulo accluso alla Delibera, oppure entro il 31 dicembre deve inviare l'elenco aggiornato dei Responsabili nominati durante l'anno.

La trasmissione di tali comunicazioni ha permesso la realizzazione e l'aggiornamento costante di un **Registro di tutti i Responsabili esterni** nominati dai Servizi coinvolti, curato e tenuto presso l'ufficio del Referente Privacy.

**Obiettivi futuri per una migliore gestione dei dati**

Sebbene l'argomento in questione possa mostrarsi il più delle volte ostico e di non facile decifrazione, tuttavia il valore che assume nel quotidiano è indiscutibile: non solo è un tema attualissimo, ma impone più di una riflessione in termini di miglioramento per ciò che riguarda l'approccio alla materia e alla sua gestione.
In ambito sanitario poi, il problema è ancora più sentito e insidioso: in tale settore convergono una quantità notevole di dati, sia generati che raccolti, e l'impiego quasi totalitario di servizi e prodotti sanitari digitali improntati a sempre più innovate tecnologie, se da un lato è in grado di assicurare soluzioni senza dubbio efficaci, dall'altro evidenzia in un qualche modo le difficoltà e le criticità nel maneggiare dati.
Alla luce di ciò ricomprendere ulteriori comportamenti come obiettivi del PIAO, può assicurare un impegno costante e sistematico dell'Azienda sanitaria per ciò che riguarda la tutela dei dati.
È preliminarmente importante essere sempre aggiornati sull'evoluzione normativa: qui ruolo principale viene assunto dal Referente privacy che in quanto tale, svolge specificamente funzione di riferimento e di supporto per tutti i Servizi aziendali.
Costituisce sicuramente una condizione imprescindibile sulla quale investire **la formazione di tutto il personale**, perché non solo rappresenta un fattore di miglioramento e diffusione della cultura della privacy, ma anche una misura di sicurezza per l'Azienda. L'organizzazione di corsi periodici, non solo

sensibili alla tematica ma rapportati alla quotidianità e ad esempi pratici, consente una maggiore predisposizione da parte dei dipendenti al tema, un miglioramento nella sua applicabilità nel lavoro quotidiano e nelle relative problematiche.

Altri aspetti migliorativi che possono essere considerati come ulteriori obiettivi da includere nel PIAO, riguardano la verifica circa l'osservanza di **alcune politiche aziendali** adottate nel corso degli ultimi anni, di adeguamento agli obblighi in materia; in particolare: la limitazione ai soli dipendenti autorizzati, in relazione al ruolo svolto, circa l'accesso e il trattamento dei dati sensibili (principio di pertinenza e di minimizzazione, art. 5, par. 1 lett. c) GDPR); l'adozione delle misure di sicurezza adeguate e basate su nuove tecnologie e il rispetto della procedura di gestione di violazione dei dati**,** al fine di consentire una maggiore protezione da eventuali rischi di violazioni, furti o accessi non autorizzati.

Ed inoltre: la verifica dello stato di aggiornamento, di sicurezza e conformità agli standard normativi dei sistemi informatici già in essere e utilizzati per la gestione dei dati, al fine di ridurre eventuali episodi di vulnerabilità; la verifica del rispetto della procedura di gestione, archiviazione e distruzione sicura dei documenti cartacei che contengono dati sensibili; la verifica dell'osservanza della procedura di raccolta, gestione e custodia consensi espressi dai pazienti; la verifica dell'effettuazione delle valutazioni di impatto sulla protezione dei dati (DPIA) (art. 35 GDPR), come da procedura aziendale, nel caso di implementazione di nuove tecnologie o progetti che includano il trattamento di dati sensibili o ad alto rischio; la verifica della somministrazione di spiegazioni e informazioni chiare e facilmente comprensibili sul trattamento dei dati, mediante moduli, privacy policy e comunicazioni adeguate.

La previsione di ulteriori obiettivi nel PIAO può contribuire a creare un ambiente di lavoro sicuramente più sicuro in materia di dati personali, e nella sua connotazione sanitaria può aiutare a migliorare ed aumentare la fiducia dei pazienti.

# *7 Organizzazione e capitale umano*

## *7.1 Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa*

In questa sezione si presenta il **modello organizzativo** adottato dall'Amministrazione/Ente:

- Organigramma;
- Livelli di responsabilità organizzativa;
- Ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio;
- Altre eventuali specificità del modello organizzativo, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati.

La struttura organizzativa dell'ASL Caserta è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture ed Uffici. Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell'ambito dell'organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale o semplici.

La vigente articolazione è espressione dell'Atto Aziendale. Tale piano consiste nel documento approvato con Decreto del Commissario ad ACTA della Regione Campania n. 64 del 13.12.2017, che individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sottendono l'intero sistema.

La Direzione Aziendale definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale è responsabile della pianificazione strategica.

La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività annuale al raggiungimento degli obiettivi strategici ed è svolta dalle strutture organizzative funzionali di livello generale in base agli indirizzi della Direzione aziendale.

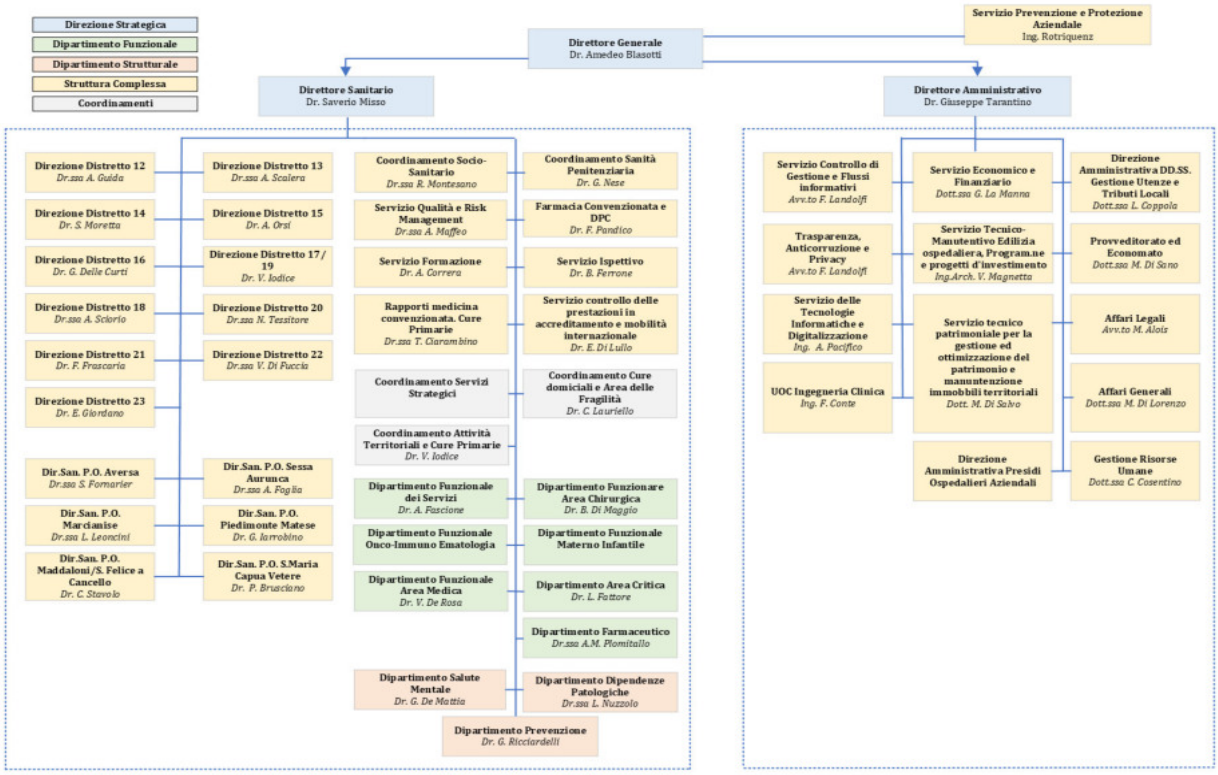



*Fig. 157: Organigramma aziendale*

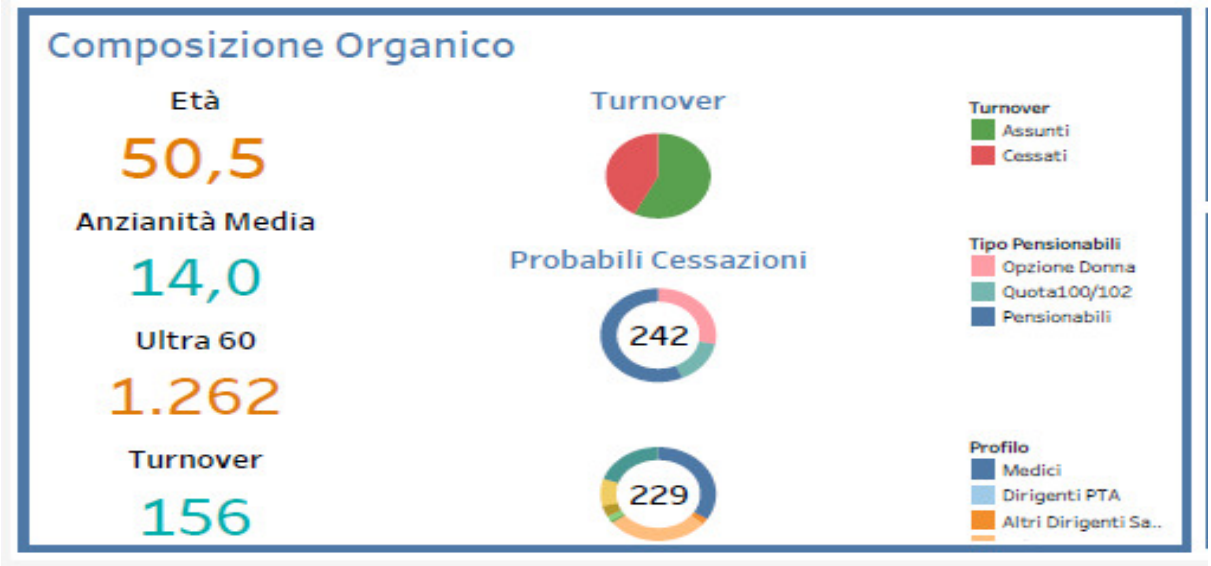



*Fig. 158: Personale aziendale*

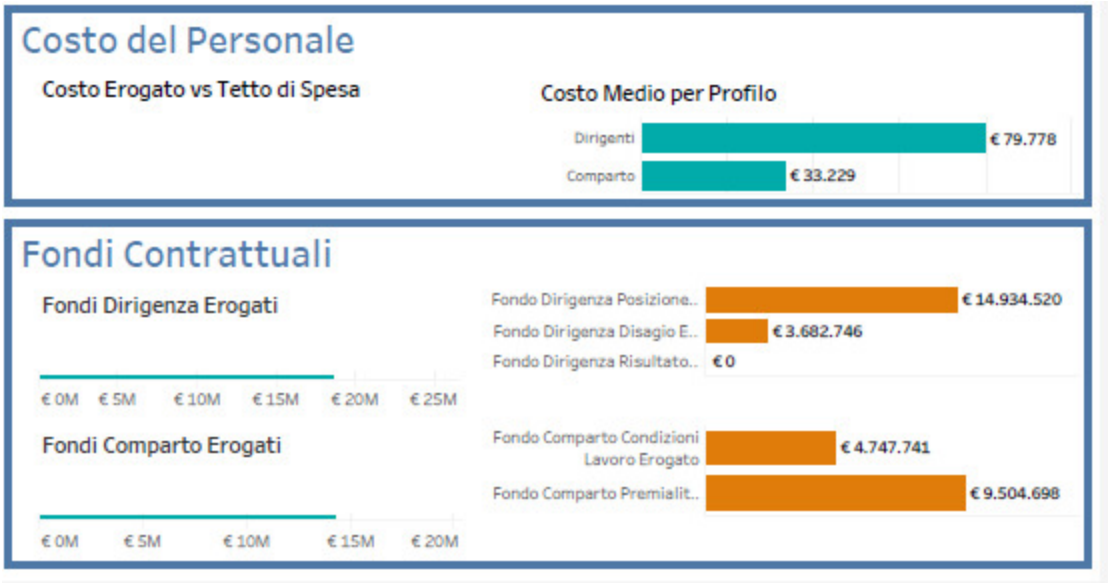



*Fig. 159.Organico e costi al 30/09/2024*

## *7.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile*

**Innovazione nei modelli organizzativi del lavoro: cenni e richiami**

A causa dell'emergenza sanitaria, oramai conclusa, si è reso necessario, un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile o lavoro da remoto, le cui procedure attuative sono state realizzate in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.
Di seguito si riportano i modelli organizzativi maggiormente applicati nelle pubbliche amministrazioni, da quelli tradizionali a quelli più innovativi, che negli ultimi anni si stanno diffondendo allo scopo di migliorare i livelli di efficienza organizzativa e aumentare i livelli di responsabilizzazione del personale aziendale, favorendo la conciliazione della vita familiare con quella professionale.
I modelli di lavoro sono i seguenti:
**Tradizionale**: le attività vengono svolte in presenza, nella sede di lavoro.
**Lavoro agile o Smart working**: il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante *accordo tra le parti*, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita *in parte all'interno dei locali dell'amministrazione e in parte all'esterno* di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.
**Lavoro da remoto o Remote working**: può essere prestato anche attraverso una modifica del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro; quindi esso comporta l'effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato.

**Piano organizzativo del Lavoro Agile**

Nella presente sottosezione viene delineata l'organizzazione del lavoro agile, realizzata secondo quanto stabilito dalla normativa di riferimento ed in coerenza con le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti[7], delle strategie e degli obiettivi aziendali volti allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, e a definire un suo consolidamento.

[7] A tal riguardo, si sottolinea che il CCNL del Comparto Sanità sottoscritto il 2 novembre 2022, ha disciplinato il *Lavoro Agile*

**Premessa**

La necessità di implementare durante il periodo dell'emergenza sanitaria, modelli di lavoro alternativi a quello in presenza, quindi lavoro agile-Smart working e remote working, ha fornito una spinta alla riflessione sulle relative modalità organizzative e sulle migliori opportunità di applicazione nell'ambito delle normali attività operative, in occasione del rientro al lavoro in presenza, in essere dal termine dell'emergenza sanitaria.
Quanto detto si riflette nell'evoluzione della Norma in materia, che favorisce sempre più la diffusione di modelli organizzativi innovativi e flessibili orientati agli obiettivi ed ai risultati; ciò ha inciso fortemente sul ripensamento dell'organizzazione del lavoro che deve tendere all'aumento dell'efficacia dell'azione amministrativa nonché favorire la conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti.

**Riferimenti Normativi**

La **Legge 7 agosto 2015, n.124 e ss. mm. ii.** rubricata in "*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*" all'art. 14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" dispone che "*le amministrazioni, ..., adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile, Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) (…)*" anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera".
La successiva **Legge 22 maggio 2017, n. 81 E ss.mm.ii.**, "*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*" disciplina, al capo II, il lavoro agile; in particolare al comma 1 dell'art. 18 viene stabilito che "*allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, promuovono il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva"* mentre al comma 3-bis. È previsto che "*I datori di lavoro pubblici e privati che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti in ogni caso a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile (…)*"; in particolare vengono esaminate come "priorità" le seguenti richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori aventi:

- Figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- Disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- Ovvero che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

La suddetta Legge si è ispirata alla nozione di *Lavoro Agile* dettata nella **Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016**, che lo intende come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.
In seguito, è stata emanata la direttiva n. 3/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA.
Dal 2020, con la Pandemia vi è stato un susseguirsi di norme volte a ad attuare in maniera massiva il lavoro agile volte ad affrontare l'emergenza sanitaria e garantire l'erogazione dei servizi pubblici.
Le misure introdotte dal 2020 riguardano:

- La previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione (art 18 co. 5 del DL 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n.124/2015);

- La previsione del lavoro agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, al fine di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che si ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L. 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione (art. 87 co 1 e 2 del DL 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni);
- L'introduzione, con l'art. 263 comma 4-bis DL 34 del 19 maggio 2020, del POLA al fine di ampliare il ricorso al lavoro agile come strumento ordinario di organizzazione del lavoro nelle pubbliche amministrazioni;
- Le indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale (Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19/10/2020);
- Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 con cui si approvano le "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico e individua le modalità attuative del lavoro agile;
- Il Decreto-legge n. 56 del 30/04/2021 che ha modificato l'art. 14 della Legge n. 124/2015 relativo alla redazione del POLA e alla proroga al 31/12/2021 dell'accesso al lavoro agile secondo modalità semplificate proprie della fase emergenziale. Si conferma, altresì, che il ricorso a tale modalità di lavoro sia possibile a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese avvenga con regolarità, continuità ed efficienza;
- Il DPCM 24/09/2021 ha stabilito che a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa sia quella svolta in presenza, prevedendo in tal modo il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale nella forma semplificata (ovvero senza la necessità di accordo individuale) quale modalità ordinaria di lavoro nella PA;
- Con il terminare della pandemia è stato adottato dal Ministro per la Pubblica Amministrazione il Decreto del 08.10.2021, volto a definire le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, "al fine di realizzare il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa".
- La circolare del 5 gennaio 2022 il Ministro per la pubblica amministrazione e il Ministro del lavoro, hanno inteso sensibilizzare anche le pubbliche amministrazioni all'utilizzo del lavoro agile quale strumento di contenimento del virus, pur nel rispetto del quadro normativo vigente. Nella circolare si evidenzia come una delle principali caratteristiche della disciplina del lavoro agile nel settore pubblico sia la flessibilità.

Inoltre, sono state adottate le Linee Guida sul lavoro agile, dal Ministro per la pubblica amministrazione e presentate il 22.10.2021 alle OO.SS., ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del citato DM 08.10.2021, che ha gettato le basi per la sottoscrizione dei CC.CC.NN.LL. relativi al triennio 2019-2021 contenenti disposizioni in merito allo Smart working; in particolare, le Linee Guida sul lavoro agile, al paragrafo 2, punto 2, stabiliscono che "*L'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le organizzazioni sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili*"; nel merito, si significa che il CCNL comparto Sanità del 2 novembre 2022 ha disciplinato il lavoro agile al CAPO I del TITOLO VI.
Infine, il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 149 del 22 agosto 2022 sono state definite le Regole di compilazione della comunicazione dell'accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità "Lavoro Agile".
Per completezza d'informazione si evidenziano, altresì, le seguenti circolari che, si rivolgono anche ai lavoratori in Smart alla stregua di quelli che svolgono il lavoro in presenza.

- Circolare INAIL n. 48/2017 per la tutela dei casi di infortunio e di malattie professionali nel lavoro agile.
- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "*Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*".

In questo quadro normativo, Il presente Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2023-2025 è stato elaborato definendo obiettivi e risultati raggiunti e programmati.

### *7.2.1 Atti di Indirizzo dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta*

Nell'ottica di avviare un percorso di organizzazione aziendale volto ad implementare un modello di lavoro agile sviluppato secondo la normativa di riferimento, l'Azienda sanitaria Locale di Caserta, attraverso propri provvedimenti ed atti di indirizzo, ha avviato un percorso volto a dare impulso al cambiamento culturale interno all'azienda ed ad attuare tale forma di lavoro.
A tal riguardo, si evidenzia che con deliberazione del Direttore Generale n. 634/2022 concernente l'approvazione del Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) triennio 2022-2024, conformemente a quanto previsto dall'art. 14 della precitata Legge n. 124/2015, è stato elaborato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).
Nel corso dell'anno 2022, sono state, inoltre adottate ulteriori direttive e circolari esplicative volte a:

- Chiarire le modalità di attuazione del lavoro agile,
- Rimarcare i contenuti minimi che devono contenere gli accordi individuali,
- Fornire indicazioni in ordine all'assolvimento degli obblighi di comunicazione delle informazioni relative alo Smart working ai sensi dell'art. 23 della citata Legge n. 81/2017,
- Compulsare le Strutture aziendali a voler consentire lo svolgimento del lavoro agile (…),
- Adottare puntuale informativa sui rischi generali e specifici dell'attività rivolta al lavoratore con il quale l'azienda ha concluso l'accordo individuale,
- Realizzare la predetta informativa sulla sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'ex art. 22 comma 1 della precitata L. n. 81/2017.[8]

**Gli obiettivi del Lavoro Agile**

Con il lavoro agile l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta persegue i seguenti obiettivi principali:

- Aumento della produttività e qualità del lavoro;
- Riprogettazione degli spazi di lavoro.
- Acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;
- Riduzione delle assenze dal servizio;
- Risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche, attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro;
- Miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata;
- Maggiore senso di responsabilizzazione e autonomia rispetto agli obiettivi di ufficio e personali, rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- Maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione;
- Maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro;
- Maggior benessere organizzativo;
- Diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- Promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- Promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente ovvero temporanea;
- Promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali;
- Contributo allo sviluppo sostenibile.

### *7.2.2 Destinatari*

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentita a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, con contratto a tempo indeterminato o

[8] nota ASL CE n. 196110/GRU del 05/04//2022, nota ASL CE prot. n. 366084/GRU del 12.092022, nota sl CE prot. n. 0403318/DIR.GEN. del 18/10/2022, prot. ASL CE n. 0424879/SPP del 10/11/2022

determinato, *restando escluso, il personale che lavora in turno e quello che richiede l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.*
Ogni dirigente/direttore di struttura, ai fini dell'autorizzazione del lavoro agile, è tenuto a valutare l'opportunità organizzativa flessibile, perseguendo il corretto bilanciamento tra gli obiettivi in ambito sanitario e i risultati da raggiungere, soprattutto al fine di garantire costantemente l'efficienza dei servizi sanitari essenziali, a tutela dei pazienti e degli utenti.
L'accesso al lavoro agile avviene su istanza individuale del dipendente.
Il Dirigente/Direttore responsabile dell'ufficio o del servizio, provvede alla acquisizione delle istanze presentate e ammette al lavoro agile tutti i dipendenti che possono svolgere una o più attività di quelle oggetto di lavoro agile.
Il dirigente/Direttore deve, inoltre, tener conto ai fini dell'autorizzazione del lavoro agile, dei diritti di priorità richiamati sopra, sanciti dal comma 3-bis dell'art. 18 L. n. 81/2017.

### *7.2.3 Condizioni per lo svolgimento del lavoro agile*

Il dipendente può eseguire la prestazione in lavoro agile quando tra le mansioni svolte siano presenti attività che possono essere oggetto di Smart working ad eccezione dei lavoratori che svolgono attività in turno e per quelli a cui è richiesto l'utilizzo strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, ovvero per quelle prestazioni per le quali il responsabile di Struttura - con atto motivato - ritiene di non poter autorizzare.
Il lavoro agile può avere ad oggetto sia le attività ordinariamente svolte in presenza dal dipendente, sia attività progettuali specificamente individuate. L'attività svolta sarà oggetto di rendicontazione, monitoraggio e valutazione anche nell'ambito del ciclo della performance definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. La prestazione lavorativa può essere svolta in Smart working che di norma non dovrà superare le due giornate a settimana, salvo casi eccezionali e straordinari. L'autorizzazione del lavoro agile deve avvenire garantendo il rispetto delle seguenti condizioni:

- Le priorità d'accesso definite al comma 3 bis dell'art. 18 della L. n. 81/2007;
- L''invarianza dei servizi resi all'utenza;
- L'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile assicurando la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza nonché evitando la contestuale assenza di tutti i dipendenti.

### *7.2.4 Accordo Individuale*

L'attivazione del lavoro agile subordinata alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente e il Dirigente/Direttore di Struttura del cui quest'ultimo assegnato. Copia dell'accordo individuale sottoscritto va inviata al Servizio Gestione Risorse Umane per la conservazione nel fascicolo personale del dipendente unitamente al prospetto compilato contenente informazioni utili a permettere la comunicazione obbligatoria dello svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile. Nell'accordo sono specificati i contenuti della prestazione, la verifica della prestazione, la durata dell'accordo, il luogo della prestazione, le modalità di svolgimento, l'individuazione delle giornate da destinare al lavoro agile, il monitoraggio periodico da realizzare secondo modalità uniformi all'interno dell'Amministrazione, i supporti tecnologici da utilizzare in relazione alla specifica attività lavorativa, la dotazione tecnologica eventualmente fornita dall'Amministrazione; la fascia/e oraria/e di reperibilità telefonica e/o a mezzo posta elettronica, il potere direttivo e di controllo, il diritto/dovere alla disconnessione, il trattamento giuridico ed economico, la formazione del dipendente, i permessi, il recesso, obblighi di comportamento, istruzione per il trattamento dei dati personali, informativa sulla privacy, assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Vengono altresì assolti gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati.
Le attività rese sono oggetto di valutazione nell'ambito del ciclo della performance.
Si riportano di seguito alcuni contenuti dell'accordo meglio esplicitati:

**Luogo di svolgimento della prestazione lavorativa**

Il luogo di svolgimento della prestazione lavorativa individuato dal singolo dipendente di concerto con il Dirigente a cui il dipendente assegnato in modo che sia garantita la presenza delle condizioni che garantiscono il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, la piena operatività della

dotazione informatica, la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni trattati di cui si dispone per ragioni di ufficio.

**Prestazione Lavorativa**

Le giornate nelle quali la prestazione viene resa in modalità agile, le modalità attraverso le quali il dipendente attesta l'inizio e la fine della prestazione lavorativa sono definite nell'accordo individuale di lavoro agile. Nel caso di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura che impediscano lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto, il dipendente informa il Dirigente del Servizio della struttura di appartenenza.
La prestazione lavorativa viene svolta dal dipendente senza precisi vincoli di orario pur sempre nel rispetto dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.
Al fine di assicurare un'efficace ed efficiente interazione con l'Ufficio di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il dipendente, nell'arco della giornata di lavoro agile, deve garantire la sua reperibilità da parte dell'Ufficio (a mezzo e-mail, telefono, messaggi ecc...).
Ai dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile, sia per gli aspetti normativi sia per quelli economici, si applica la disciplina vigente prevista dalla contrattazione collettiva ivi comprese le disposizioni in tema di malattia e ferie. Durante le giornate di lavoro in modalità "lavoro agile" il buono pasto non è riconosciuto.

**Report e verifica della prestazione**

Al termine della giornata lavorativa svolta in modalità agile, il dipendente è tenuto a redigere una relazione dell'attività svolta, elaborando una breve sintesi avendo cura di segnalare eventuali criticità riscontrate, problemi insorti ovvero eventuali suggerimenti.

**Dotazione tecnologica-strumentazione**

Il dipendente può espletare la propria prestazione lavorativa in modalità agile avvalendosi di supporti informatici quali personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto idoneo dall'Amministrazione, per l'esercizio dell'attività lavorativa, di sua proprietà o nella sua disponibilità. Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto dovranno essere tempestivamente comunicati dal dipendente al Servizio dei Sistemi Informativi al fine di poter trovare una possibile soluzione al problema. Qualora non sia possibile, il dipendente dovrà concordare con il Dirigente di riferimento le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, se inevitabile, il rientro del lavoratore agile nella sede di lavoro.
Le spese connesse, riguardanti i consumi elettrici e di connessione, o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono, in ogni ipotesi, a carico del dipendente. Ogni eventuale onere collegato direttamente o indirettamente allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile, quali a titolo esemplificativo l'elettricità, il riscaldamento, le connessioni telefoniche, a carico del dipendente.

**Diritto alla disconnessione**

In attuazione di quanto disposto all'art. 19 comma 1 della Legge del 22 maggio 2017 n. 81, l'Amministrazione riconosce il diritto alla disconnessione: il lavoratore agile ha diritto a non leggere e non rispondere a email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare, di non inviare e-mail e messaggi di qualsiasi tipo inerenti all'attività lavorativa nel periodo di disconnessione.

**Rapporto di lavoro**

L'esecuzione dell'attività lavorativa in modalità agile non muta la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato del dipendente in atto, che continua ad essere regolato dalla legge, dalla contrattazione collettiva nazionale, dagli accordi collettivi decentrati, dal contratto individuale, senza alcuna discriminazione ai fini del riconoscimento di professionalità ' e delle progressioni di carriera eventualmente previste (orizzontali e verticali). Il dipendente è tenuto, sotto la sua responsabilità, a dichiarare l'orario lavorativo giornaliero effettivamente svolto, con particolare riguardo all'ora di inizio e cessazione del lavoro. I dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile mantengono lo stesso trattamento

economico e normativo di appartenenza. Ai sensi dell'art. 19 della legge 22 maggio 2017 n. 81 il lavoratore agile e l'amministrazione possono recedere dall'accordo di lavoro agile in qualsiasi momento con un preavviso di almeno 30 giorni. Nel caso di lavoratore agile disabile ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine del preavviso del recesso da parte dell'amministrazione non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato. L'accordo individuale di lavoro agile può in ogni caso, essere revocato dal Dirigente del Servizio di appartenenza:

- Nel caso in cui il dipendente non rispetti i tempi o le modalità di effettuazione della prestazione lavorativa, o in caso di ripetuto mancato rispetto delle fasce di reperibilità;
- Mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati e definiti nell'accordo individuale. In caso di revoca il dipendente tenuto a riprendere la propria prestazione lavorativa secondo l'orario ordinario presso la sede di lavoro dal giorno successivo alla comunicazione della revoca. La comunicazione della revoca potrà avvenire per e-mail ordinaria personale, per PEC, per comunicazione telefonica.

L'avvenuto recesso o revoca dell'accordo individuale comunicato dal Dirigente al Servizio *Organizzazione e Gestione Risorse umane.*
In caso di trasferimento del dipendente ad altro servizio l'accordo individuale cessa di avere efficacia dalla data di effettivo trasferimento del lavoratore.

**Prescrizioni disciplinari- procedimento disciplinare e sanzioni**

Durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il lavoratore deve tenere un comportamento improntato a principi di correttezza e buona fede ed è tenuto al rispetto delle disposizioni dei CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento e nel Codice disciplinare e nella vigente normativa in materia disciplinare.

**Regole di comportamento riservatezza dati custodia della documentazione**

Il dipendente svolge le attività in modalità agile nella consapevolezza che tale condizione impone un'attenzione particolare nell'evitare qualunque atteggiamento o comportamento non adeguato alla situazione lavorativa, soprattutto se esposta a possibili interferenze da parte di terze persone, ivi compresi i familiari.
Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione utilizzata, i dati, a porre ogni cura affinché altre persone non accedano ai dati su cui lavora; bloccare l'apparato in uso in caso di allontanamento dalla postazione, conservare e custodire/distruggere i documenti sui quali ha lavorato. Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, il lavoratore tenuto al pieno rispetto degli obblighi di riservatezza.

**Trattamento dei dati personali – Privacy**

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte, in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016– GDPR e dal D.lgs. 196/03 e successive modifiche. Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

**Sicurezza sul lavoro**

L'Amministrazione garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in modalità agile e consegna al singolo dipendente, un'informativa scritta con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

L'Amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa della mancata diligenza del lavoratore nella scelta di un luogo non compatibile con quanto indicato nell'informativa. Ogni lavoratore collabora proficuamente e diligentemente con l'Amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.
Il Dirigente del Servizio di appartenenza del dipendente vigila sul rispetto da parte dello stesso delle prescrizioni contenute nella scheda informativa sulla Sicurezza fornita dall'Amministrazione. L'Amministrazione comunica all'INAIL i nominativi dei lavoratori che si avvalgono di modalità di lavoro agile.
Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D.lgs. n. 81/08 e s.i.m. e della legge 22 maggio 2017, n. 81 meglio esplicitate nell'informativa aziendale precitata.
L'Amministrazione, al fine di garantire la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in lavoro agile, fornisce al lavoratore e al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, un'informativa scritta, redatta dal Responsabile per la prevenzione e la protezione, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro: al momento della sottoscrizione dell'accordo individuale con il proprio Dirigente di riferimento, il dipendente dà atto di aver preso visione della menzionata informativa.
Il lavoratore agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.
Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017 il lavoratore tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.
Il lavoratore altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.
In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il dipendente deve darne tempestiva comunicazione al proprio Dirigente di riferimento per i conseguenti adempimenti di legge, secondo le disposizioni vigenti in materia.

### *7.2.5 Comunicazione obbligatoria dell'accordo individuale al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali*

L'art. 23 della legge n. 81/2017 stabilisce che l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue modificazioni sia oggetto delle comunicazioni di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 1º ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, e successive modificazioni.
A tal riguardo è stato emanato il decreto ministeriale n. 149 del 22 agosto 2022 concernente l'assolvimento dei medesimi obblighi di comunicazione delle informazioni relative all'accordo di lavoro agile di cui all'art. 23 citato della legge n. 81/2017. All'uopo, il datore di lavoro è tenuto a comunicare in via telematica al Ministero del lavoro e delle politiche sociali i nominativi dei lavoratori e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro agile, secondo le modalità individuate con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

### *7.2.6 Stato di Attuazione*

Il Legislatore ha definito il Lavoro agile come una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa finalizzata a "incrementare la competitività" e ad "agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro" che si realizza mediante "accordo tra le parti" con il quale - datore di lavoro e lavoratore – regolano la possibilità di eseguire la prestazione "anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro". Il citato negozio giuridico deve prevedere il lavoro venga organizzato per "obiettivi".
A tale scopo questa l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ha avviato un percorso volto all' attivazione del lavoro agile e alla sua valorizzazione, attraverso l'emanazione di atti e provvedimenti interni all'azienda richiamati nel paragrafo precedente.
Fermi restando l'impossibilità di poter autorizzare il lavoro agile per il lavoratore subordinato che opera fra turni o *quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, ovvero legati ad*

*eventuali specifiche motivazioni, sono state accolte le richieste pervenute dal personale dipendente, provvedendo ad ottemperare alle disposizioni previste dalla normativa di riferimento.*
A titolo informativo si evidenzia che *l'Unità Operativa Complessa Edilizia Ospedaliera e P.P. Investimento* ha autorizzato – nell'anno 2022 - il lavoro agile al proprio personale dipendente dirigenziale e di comparto nella misura pari al 33% di quello complessivamente assegnato alla predetta Struttura.
A tale scopo, è stato possibile verificare che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non ha modificato in alcun modo la situazione giuridica del rapporto di lavoro, quanto ad inquadramento e al profilo, e non ha inciso sull'orario di lavoro contrattualmente previsto e tantomeno ha modificato il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro. L'attuazione del lavoro agile all'interno dell'ASL di Caserta, ha risposto alla finalità di permettere al personale dipendente di avvalersi di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione professionale conciliando la vita lavorativa e la vita privata consentendo di migliorare il loro benessere organizzativo, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Inoltre, il lavoro agile sta progressivamente modificando gli stili di vita manageriali orientati a una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati.
Infine, sono state potenziate le procedure servizio di rete volte ad aumentare la sicurezza informatica in relazione al traffico internet e a proteggere l'identità online del personale che lo utilizza (es. VPN).

### *7.2.7 Attività da realizzare*

Al fine di meglio efficientare l'organizzazione del lavoro agile, in proiezione ciascuna Struttura aziendale dovrà avviare **una mappatura delle attività** che possono essere svolte in Smart working: essa è Intesa come la ricognizione svolta in modo strutturato all'interno dell'organizzazione (attraverso lo strumento del Piano operativo delle Attività riferito a ciascuna articolazione organizzativa), con aggiornamento periodico, dei processi di lavoro che possono essere svolti con modalità agile, in coerenza con le esigenze di funzionalità della struttura e di erogazione dei servizi, nonché in base alla disponibilità dei dispositivi tecnologici ritenuti necessari.
La stessa dovrà contenere: la struttura proponente, le macro-attività da svolgere in remoto, il numero di dipendenti afferenti al servizio e le posizioni di Smart working attivabili.
All'uopo, L'Azienda intende procedere, in questo triennio, ad effettuare un'analisi preliminare volta a individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro e rilevare gli eventuali fattori che potrebbero favorirne il successo, con riferimento alla cultura organizzativa, valorizzazione professionale e tecnologie digitale.

**Cultura organizzativa**

L'implementazione del lavoro agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della Performance.
Il processo di valutazione delle performance individuali ha lo scopo di coinvolgere le persone nelle strategie e negli obiettivi dell'amministrazione, esplicitando il contributo richiesto ad ognuno per il raggiungimento di tali obiettivi.
La verifica del lavoro svolto attraverso la modalità di lavoro agile, alla stregua del lavoro in presenza, è a carico del Responsabile di Servizio che esercita il potere di controllo sulla prestazione concordata con il/la dipendente in Smart working.
Il Responsabile valuta che l'andamento dell'attività svolta sia congruo e coerente con quanto previsto dallo stesso progetto nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della L. 300/1970 e s.m.i.
Le finalità che l'Azienda persegue attraverso il sistema di valutazione delle performance individuali sono:

- Evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'amministrazione nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- Chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona;
- Supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'amministrazione);
- Valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona, favorendo l'allineamento;
- Contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole; o premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti; opromuovere una corretta gestione delle risorse umane

A titolo esemplificativo, si riporta di seguito la valutazione delle dimensioni legate ai livelli di performance, da tenere in considerazione per una valida e affidabile misurazione. La baseline è da costruire nel 2024.

| *Dimensioni* | | *Esempi di possibili INDICATORI di performance organizzativa* |
|---|---|---|
| **EFFICIENZA** | Produttiva | Diminuzione Assenze |
| | | [(Giorni di assenza/giorni lavorabili anno X - Giorni di assenza/giorni lavorabili anno X-1) /Giorni di assenza/giorni lavorabili mese anno X-1] *100 |
| | Economica | Diminuzione ore in straordinario (n. ore in straordinario retribuite anno X - n. Ore straordinarie retribuite anno x-1/n. Ore straordinarie retribuite anno x-1) *100, costo ticket |
| **EFFICACIA** | Qualitativa | L'efficacia qualitativa nelle fasi di sviluppo intermedio e avanzato del POLA, sarà rilevata indicando il valore medio delle valutazioni annuali del contributo individuale effettuata sui lavoratori agili. |

*Tab.160: Esempio valutazione livelli di performance*

**Valorizzazione Professionale – potenziamento della formazione**

L'Azienda riconosce l'importanza della formazione come leva di sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti e promuove percorsi formativi volti a potenziare le competenze manageriali e organizzative nonché digitali necessarie anche per lo sviluppo del lavoro agile. In forte connessione con il presente Piano è la predisposizione di un Piano Formativo che tenga delle predette priorità formative.

### *7.2.8 Tecnologia Digitale*

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ha una struttura organizzativa ad hoc che opera anche per facilitare l'utilizzo e l'accesso da remoto per entrare in modalità VPN cifrata sulla rete aziendale e da accedere al proprio PC dell'ufficio. Tale modalità a desktop centralizzato prevede dunque, che l'utente da casa utilizza la propria stazione di lavoro e, attraverso un gateway appositamente costruito accede a questa macchina virtuale in desktop remoto, iniziando così ad operare sulle applicazioni e i dati aziendali.
Lo svolgimento dell'attività lavorativa in Smart working, prevede inoltre che i dipendenti utilizzino gli strumenti digitali più idonei al fine di garantire un corretto svolgimento dell'attività, prevedendo l'uso di computer, programmi per effettuare video-chiamate (Lifesize, Zoom.) e il telefono cellulare sul quale viene deviato il numero di telefono interno aziendale.
In linea generale, l'Azienda promuove l'uso di strumenti e modelli che realizzino i principi di innovazione tramite la digitalizzazione, mettendo a disposizione de i propri dipendenti una serie di corsi di formazione per sviluppare le competenze digitali aderendo anche al Progetto Syllabus Competenze Digitali per la PA del Dipartimento della Funzione Pubblica e avvalendosi dell'offerta formativa, nonché degli strumenti di valutazione dei livelli di competenze ivi presenti.
Al fine di assicurare trasparenza nell'azione amministrativa, l'azienda comunica all'interno con i propri dipendenti attraverso la intranet, navigabile anche da remoto mediante l'accesso VPN descritto in precedenza, e all'esterno con la comunità, attraverso il proprio sito web istituzionale.
Nel corso del 2024-2025 l'Azienda proseguirà nel perseguimento dell'obiettivo di garantire lo sviluppo di competenze e soft skills funzionali al lavoro agile (con riferimento a capacità di auto -organizzazione del lavoro e a cooperazione a distanza tra colleghi) e stili dirigenziali orientati ai risultati.
Sarà ulteriormente analizzato il quadro relativo alle dotazioni tecnologiche.
Sarà attivato un percorso volto a definire gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti con particolare riguardo a:

- Digitalizzazione dei processi;
- Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
- Impatti interni ed esterni del lavoro agile (maggior qualità nei processi interni e soprattutto in quelli offerti all'utenza);
- Qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini (prevedendo forme di partecipazione e valutazione del piano.

### *7.2.9 Conclusioni*

Data la natura innovativa del POLA in merito all'organizzazione del lavoro, esso è soggetto ad un processo di graduale sviluppo ed aggiustamento, che ha avuto inizio all'atto della sua approvazione e che potrà essere portato a compimento progressivamente, compatibilmente con le risorse a disposizione, seguendo l'evoluzione delle indicazioni normative.

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2023-2025, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative ed eventuali evoluzioni delle medesime.

## *8 Sottosezione di programmazione. Pari opportunità e bilancio di genere -*

La Costituzione Italiana sancisce il principio di uguaglianza inteso sia dal punto di vista formale, come uguaglianza davanti alla legge, sia sostanziale, come rimozione degli ostacoli che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione dei lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese (art. 3, c. 1 e 2). L'art. 37 della Costituzione tutela in particolare la donna lavoratrice. Nell'attuazione di tale normativa multilivello, il legislatore italiano ha adottato un ampio spettro di misure, tra le quali sono particolarmente rilevanti quelle di seguito illustrate. Nel D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", è stabilito che le pubbliche amministrazioni garantiscono il rispetto del principio di parità e pari opportunità tra uomini e donne, vietando ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta, in base, tra l'altro, al genere, per quanto riguarda l'accesso al lavoro, il trattamento e le condizioni di lavoro, la formazione professionale, le promozioni e la sicurezza sul lavoro (art. 7, c. 1). La L. 28 novembre 2005, n. 246, in materia di "Semplificazione e riassetto normativo", ha previsto la riorganizzazione delle disposizioni vigenti anche in materia di pari opportunità (art. 6), cui si è provveduto con il D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198, il cd. "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", successivamente modificato. Il D.Lgs. n. 198/2006 ha adottato disposizioni in materia di non discriminazione, uguaglianza e promozione delle pari opportunità, tra le quali è basilare la predisposizione, da parte delle pubbliche amministrazioni, di piani di azioni positive "tendenti ad assicurare […] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" (art. 42 e ss., spec. art. 48). Nella medesima prospettiva, l'art. 21 della L. 4 novembre 2010, n. 183, c.d. Collegato lavoro, ha modificato l'art. 57 del D.Lgs. n. 165, istituendo il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Su questa base, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità hanno adottato le Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei CUG (Direttiva del 4 marzo 2011), adattabili alle esigenze delle diverse amministrazioni nell'esercizio della loro autonomia. Più recentemente la Direttiva n. 2/2019 contenente "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" ha aggiornato gli indirizzi contenuti nella citata Direttiva del 4 marzo 2011. Nello stesso senso, si inserisce l'adozione del Bilancio di Genere quale strumento atto a consentire un'analisi degli impatti delle spese e delle politiche pubbliche sulle donne e sugli uomini, in linea con quanto previsto dalle direttive del Dipartimento per le Pari Opportunità e dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Nella sezione dedicata al bilancio di genere realizzato, come previsto dall'art. 10, comma 1, lettera b), del decreto si è tenuto conto di quanto indicato nella delibera n. 22/2011 e si elencano gli obiettivi dell'amministrazione in tema di **pari opportunità di genere**. L' amministrazione si impegna ad intraprendere ogni azione necessaria tesa al divieto di discriminazione (motivi sindacali, politici, religiosi, razza-etnia, di lingua, di genere, di disabilità, di età, di orientamento sessuale, di convinzioni personali).

L'analisi di genere del bilancio permette di valutare in modo preciso la corrispondenza fra domanda dei servizi da parte della popolazione e qualità e quantità dei servizi erogati. La maggior trasparenza del bilancio dell'ente pubblico rende le cittadine e i cittadini più consapevoli di come vengono impiegate le risorse economiche comuni, a beneficio della collettività.

Il bilancio di genere, come si evince dall'analisi effettuata, è un approccio relativamente nuovo, usato per far sì che le politiche finanziarie ed economiche promuovano le pari opportunità. Si ritiene che una presentazione ulteriore ed una evidenziazione delle spese direttamente influenti sulle donne, e sugli uomini, sia uno strumento per allertare e mettere in luce i bisogni e gli interessi di entrambi.

L'analisi del bilancio di genere deve produrre risultati di equità e facilitare l'efficienza e la giustezza della distribuzione delle risorse pubbliche, inoltre deve evidenziare un'equa redistribuzione della tassazione diretta ed indiretta.

Il quotidiano Sole 24 ore nella sua trentacinquesima edizione della Qualità della Vita (risultati pubblicati nelle pagine del quotidiano del 16 Dicembre 2024) fotografa il benessere delle provincie italiane con 90 indicatori.

104^in classifica per "qualità della vita delle donne" in discesa di 2 posizioni rispetto al 2023 e di 4 rispetto al 2022.

| Rank | Indicatore | Specifiche | Valore | Punti |
|---|---|---|---|---|
| 33° | Speranza di vita alla nascita delle femmine | Numero medio di anni | 83,4 | 54,1 |
| 89° | Tasso di occupazione | In % (femmine 20-64 anni) | 31,5 | 126,8 |
| 86° | Tasso di occupazione giovanile | In % (femmine 15-29 anni) | 13,8 | 87,0 |
| 81° | Gap occupazione di genere | Differenza % tra tasso di occupazione maschile e femminile | 32,2 | 221,9 |
| 61° | Laureate | Ogni 1000 abitanti | 20,3 | 316,8 |
| 69° | Giornate retribuite | % alle lav. dipendenti sul massimo teorico di 312 gg a tempo pieno | 67,1 | 389,3 |
| 40° | Imprese femminili | Ogni 100 imprese registrate | 23,4 | 401,6 |
| 82° | Amministratori di imprese donna | In % sul totale | 23,4 | 401,6 |
| 64° | Amministratori comunali donne | In % sul totale | 28,1 | 254,6 |
| 10° | Violenze sessuali | Denunce ogni 100 mila abitanti | 5,5 | 917,0 |
| 95° | Sport Femminili | Indice sintetico in base ai dati su squadre, atlete e risultati | 0,1 | 26,8 |
| 72° | Competenza numerica non adeguata | In % sul totale delle studentesse (classe III, secondaria primo grado | 60,0 | 262,6 |

*Tab. 161: Qualità della vita delle donne in dettaglio*

## 8.1 Finalità del bilancio di genere

Finalità del bilancio di genere:

- **Trasparenza.** Nel quadro di un bilancio, la lettura di genere consente di evidenziare le aree di intervento maggiormente interessate dalle disparità e i loro margini di discrezionalità;
- **Equità.** Evidenzia la non neutralità delle decisioni che si assumono in sede di bilancio e assicura che la parità rappresenti un obiettivo politico e strategico e anche un indicatore della politica economica;
- **Consapevolezza.** La lettura di genere del bilancio aumenta nelle Amministrazioni la coscienza degli impatti del loro operato e consente anche alla cittadinanza di valutare l'operato dell'Ente anche su questo piano;
- **Efficienza.** Le differenze di genere, se non considerate, conducono a sempre più rilevanti perdite nell'efficienza economica, il Bilancio di genere è lo strumento che può garantire un impiego più razionale delle risorse.

## 8.2 Dimensione delle pari opportunità

**Le donne nella Sanità**

In Italia le pari opportunità sono ancora un miraggio, infatti nel cammino verso la parità tra uomo e donna, si posiziona al 76° posto nel mondo su 153 paesi e al 14° posto nella U.E.

Basandosi sui tre ambiti (istruzione, empowerment e situazione economica), l'indice ha evidenziato che oltre la metà delle donne del mondo vive in Paesi, che negli ultimi anni non hanno registrato alcun progresso nella parità di genere.

| *Descrizione* | *31/12/2022* | *Maschi/Femmine* | *31/12/2023* | *Maschi/Femmine* | *31/12/2024* | *Maschi/Femmir* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dipendenti Maschi** | 2.479 | 47,94 % | 2.343 | 47,51 % | 2.300 | 46,18% |
| **Dipendenti Femmine** | 2.692 | 52,06 % | 2.589 | 52,49 % | 2.680 | 53,82% |
| **Totale** | 5.171 | 100,00 % | 4.932 | 100,00 % | 4.980 | 100,00 % |

Dipendenti ASL al 31.12.2022 (totale 5.171) al 31/12/2024 (4.980)

*Tab.162: Le donne nell'Asl Caserta*

Immodificata la percentuale rispetto al 2022 con discreta prevalenza delle donne (53,82%).

| *Descrizione* | *31/12/2022* | *Maschi/Femmine* | *31/12/2024* | *Maschi/Femm* |
|---|---|---|---|---|
| **Maschi** | 54 | 31,95 % | 20 | 28,99% |
| **Femmine** | 115 | 68,05 % | 49 | 71,01 % |
| **Totale** | 169 | 100,00 % | 69 | 100,00 % |

Collaboratori/contrattisti

*Tab.163: Le donne nell'Asl Caserta-Collaboratori e contrattisti*

Nel 2022 e nel 2024 si conferma la netta prevalenza delle donne tra i collaboratori (71,01%). In merito alle proporzioni tra dirigenti si registra una significativa variazione a vantaggio delle donne che passano dal 46,03% del 2022 al 48,42% nel 2024.

| *Descriz.* | *31/12/2022* | *Maschi/Femmine* | *31/12/2023* | *Maschi/Femmine* | *31/12/2024* | *Maschi/Fe e* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dirigenti Maschi** | 803 | 53,96 % | 763 | 52,36 % | 700 | 51,58 % |
| **Dirigenti Femmine** | 685 | 46,03 % | 694 | 47,63 % | 657 | 48,42 % |
| **Totale** | 1.488 | 100,00 % | 1.457 | 100,00 % | 1.357 | 100,00 % |

Tab. Dirigenti ASL al 31.12.2022, al 31.12.2023, al 31.12.2024

*Tab.164: Le donne nell'Asl Caserta nella Dirigenza*

Forte prevalenza del sesso maschile tra le strutture complesse (78,69) rispetto al 21,31 % delle donne. Invece, significativa prevalenza del sesso femminile (53,75%) tra le posizioni organizzative con una significativa inversione rispetto al 2020.

| *Maschi/Femmine* | *31/12/2022* | *Maschi/Femmine* | *31/12/2023* | *Maschi/Femmine* | *31/12/2024* | *Maschi/Femmine* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Femmine** | 37 | 46,25 % | 37 | 46,25 % | 35 | 52,53% |
| **Maschi** | 43 | 53,75 % | 43 | 53,75 % | 32 | 47,76% |
| **100,00 %** | 80 | 100,00 % | 80 | 100,00 % | 67 | 100,00 % |

Tab. Posizioni organizzative al 31.12.2022, al 31.12.2023, al 31.12.2024

*Tab.165: Le donne nell'Asl Caserta con posizione organizzativa*

| *MMG 2022* | | |
|---|---|---|
| **M** | 354 | 70,10% |
| **F** | 151 | 29,90% |
| | 505 | |
| *PLS 2022* | | |
| **M** | 50 | 47,17% |
| **F** | 56 | 52,83% |
| | 106 | |

| *MMG 2024* | | |
|---|---|---|
| **M** | 322 | 65,58% |
| **F** | 193 | 34,42% |
| | 491 | |
| *PLS 2024* | | |
| **M** | 48 | 42,24% |
| **F** | 63 | 56,76% |
| | 111 | |

*Tab.166: Le donne nell'Asl Caserta MMG*

Il maggior numero di iscrizioni femminili all'ordine dei medici e la presidenza femminile fanno prevedere per un futuro riequilibrio, oltre a sottolineare l'emergere del sesso femminile nel governo della medicina generale.

Come si evince dalla tabella, la percentuale di donne tra i Medici di Medicina Generale nel 2022 è pari al 29,90%, mentre nel 2024 la percentuale delle donne è pari al 34.42 incrementandosi di quasi 4 punti percentuali. La percentuale di donne tra i Pediatri di libera scelta nel 2022 è pari al 52,83%, mentre nel 2024 la percentuale delle donne è pari al 56,76 incrementandosi di quasi 4 punti percentuali

| TIPO | COSTI PREST F | % SU TOT | COSTI PREST M | % F SU TOT | % M SU TOT |
|---|---|---|---|---|---|
| DIABETE | € 555.850,62 | 0,07% | € 560.248,37 | 49,80% | 50,20% |
| CELIACHIA | € 2.303.904,00 | 0,29% | € 1.151.924,87 | 66,67% | 33,33% |
| PANNOLONI | € 2.910.690,76 | 0,36% | € 891.677,70 | 76,55% | 23,45% |
| STOMIE | € 792.356,63 | 0,10% | € 1.298.860,93 | 37,89% | 62,11% |
| OLT | € 1.177.867,10 | 0,15% | € 1.465.586,78 | 44,56% | 55,44% |
| NEFRO | € 263.048,58 | 0,03% | € 349.451,75 | 42,95% | 57,05% |
| EPATITE C | € 14.100,61 | 0,00% | € 15.107,98 | 48,28% | 51,72% |
| RIAB EX26 | € 14.733.717,58 | 1,84% | € 25.434.788,11 | 36,68% | 63,32% |
| RSA DISABILI | € 2.552.567,37 | 0,32% | € 3.287.095,80 | 43,71% | 56,29% |
| TOSSICO. | € 71.844,00 | 0,01% | € 1.736.182,61 | 3,97% | 96,03% |
| RSA ANZIANI | € 2.202.117,31 | 0,28% | € 1.590.301,94 | 58,07% | 41,93% |
| FARMACEUTICA CONV | € 84.254.483,82 | 10,53% | € 73.159.488,22 | 53,52% | 46,48% |
| FARMACEUTICA DPC | € 63.600.326,59 | 7,95% | € 69.255.587,00 | 47,87% | 52,13% |
| FARMACEUTICA INT. | € 50.124.694,37 | 6,26% | € 56.183.997,61 | 47,15% | 52,85% |
| FILA A | € 129.117.722,41 | 16,13% | € 126.079.525,61 | 50,60% | 49,40% |
| FILE C | € 43.231.527,59 | 5,40% | € 40.042.460,73 | 51,91% | 48,09% |
| | **€ 397.906.819,34** | **49,71%** | **€ 402.502.286,00** | **49,71%** | **50,29%** |

*Tab.167: Spesa erogata per utenti di sesso femminile vs utenti di sesso maschile*

### *8.3 Violenza di genere*

Come sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità la violenza contro le donne è un grave problema di salute pubblica, di dimensione globale, che incide direttamente sul benessere fisico e psichico delle donne e indirettamente sul benessere sociale e culturale di tutta la popolazione, determinando, dunque, un costo sociale che il sistema deve sostenere.

Per approfondire la conoscenza del fenomeno della violenza di genere è utile partire da alcuni dati relativi al numero di accessi presso il pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'ASL di Caserta nel periodo 2019-2023 (tenere in considerazioni che alcuni P.O. sono stati convertiti in ospedali Covid).

*Numero di Accessi Pronto soccorso per violenza anni 2019-2023*

| Presidi Ospedalieri | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P.O. S. G. Moscati Aversa | 853 | 816 | 810 | 901 | 822 | 758 |
| P.O. Marcianise | 302 | 281 | 402 | 453 | 519 | 429 |
| P.O. Maddaloni | 323 | 55 | PS non attivo | PS non attivo | PS non attivo | PS attivo |
| P.O. Piedimonte Matese | 222 | 141 | 175 | 141 | 154 | 217 |
| P.O. Santa Maria C. V. | 395 | 247 | 90 | 16 | PS non attivo | PS attivo |
| P.O. S. Rocco Sessa Aurunca | 179 | 162 | 190 | 213 | 175 | 220 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Totale complessivo** | **2274** | **1702** | **1667** | **1724** | **1670** | **1624** | |

*Tab.168: Numero di Accessi Pronto soccorso per violenza anni 2019-2023*

Nel periodo precedente l'emergenza si è registrato un numero crescente di accessi al Pronto Soccorso di donne con diagnosi di violenza. L'incidenza di tali accessi è cresciuta. L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha avuto un forte impatto sull'accessibilità dei servizi ospedalieri, anche quelli di emergenza-urgenza. Gli accessi totali di donne al Pronto Soccorso sono diminuiti. La diminuzione è stata più contenuta per gli accessi di donne con diagnosi di violenza. Nel periodo successivo l'emergenza sanitari Covid 19, nell'anno 2023 si riscontra una disomogeneità territoriale, in quanto nel complesso gli accessi totali sono diminuiti di n.54 (da 1724 a 1670) ma territorialmente Marcianise riporta un incremento di n. 66, Piedimonte Matese di n. 7 mentre nel territorio Aversano e di Sessa Aurunca gli accessi diminuiscono rispettivamente di n. 72 e n. 38.

L'ASL di Caserta si impegna a mettere in atto iniziative e azioni per promuovere e diffondere la salute e la medicina di genere, in linea con le indicazioni nazionali e internazionali, partecipando a tavoli istituzionali - sia regionali che nazionali - nell'ambito dei percorsi clinici, della ricerca, della formazione e dell'aggiornamento degli operatori sanitari e nella promozione di campagne di comunicazione e informazione rivolte al cittadino per diffondere informazioni sulla salute di genere, come previsto anche nel Piano nazionale Medicina di genere. Si prevede un intervento mirato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere;
- Garantire alla vittima che accede al Pronto Soccorso e alle unità operative della struttura ospedaliera un percorso di accoglienza protetta che riduca il disagio psico-fisico;
- Aumentare le competenze sul tema, attraverso specifici percorsi formativi per il personale sanitario medico e non medico;
- Garantire un progetto di continuità assistenziale e di sostegno, con l'offerta di follow-up medico e di un intervento psico-sociale e legale, in stretta integrazione ospedale-territorio

**Iniziative per la difesa della donna dalle violenze**

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta è un ente pubblico volto alla tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo, nell'interesse della collettività. Le attività e gli interventi che il Servizio Sanitario Nazionale svolge a favore delle famiglie in difficoltà, delle donne e dei bambini in condizioni di disagio e di rischio sono regolamentate da numerose normative nazionali e regionali; specificamente dal P.O.M.I. (Progetto Obiettivo Materno Infantile) e dal DPCM del 23.04.2008 che ridefinisce i servizi e le prestazioni sanitarie offerte dal SSN ai cittadini (LEA). **Il P.O.M.I. in merito alla salute della donna in tutte le fasi della vita stabilisce gli obiettivi al fine di prevenire gli episodi di violenza contro la donna e migliorare l'assistenza alle donne che hanno subito violenza**, focalizzando le azioni sulla formazione del personale dei Pronto Soccorso, sull' offerta attiva di assistenza e sul favorire l'emersione del fenomeno della violenza.

Il Centro Anti-Violenza (CAV) TELEFONO ROSA – RECAPITO DONNA, accreditato con l'ambito sociale C1, attivo nell'ASL Caserta dal 1990 con protocollo d'intesa, deliberazione n. 1026 del 21/03/97, è gestito dal 2007 dalla Cooperativa Spazio Donna. Mediamente il CAV accogli e sostiene nei percorsi di uscita dalla violenza oltre **110 donne ogni anno**.

Il territorio della Provincia di Caserta di pertinenza dell'ASL Caserta è sensibile al fenomeno della violenza. Tra i servizi specifici rivolti alle donne vittime di maltrattamento oltre il CAV Telefono rosa-Recapito donna, l'ASL Caserta offre al suo interno uno Sportello Anti-Stalking presso il Dipartimento della Salute Mentale di Caserta e il Pronto Soccorso Rosa presso il Presidio Ospedaliero "San Rocco" di Sessa Aurunca (Avviso pubblico per il finanziamento di progetti pilota

di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking -Gazzetta Ufficiale n. 137 del 21 novembre 2011).

L'ASL Caserta, attualmente, attraverso il progetto LINEA EFFE (Dipartimento delle Pari Opportunità) sta rafforzando la rete dei Servizi per le donne in particolare i Servizi contro la violenza di genere offrendo una risposta sanitaria concreta al fenomeno della violenza.

Il rafforzamento della rete dei Servizi già esistenti di tutela delle donne vittime di violenza prevede la realizzazione di équipe e tavoli tecnici di lavoro composti dai rappresentanti degli Enti Locali che a diverso titolo entrano in relazione con le vittime. Oggetto degli incontri è lo scambio e la definizione di buone pratiche sulle procedure più efficaci per prevenire ed individuare la violenza, riconoscere la differenza di genere, garantire la tutela dei diritti delle vittime di maltrattamento fisico o psicologico. Gli incontri sono a cadenza bimestrale e sono condotti da un'equipe fissa composta dai rappresentanti dei soggetti del raggruppamento di LINEA EFFE e dalle varie categorie professionali che di volta in volta sono invitate a partecipare (Operatori sanitari, Operatori Medici e Pediatri, Operatori delle FF.OO., Operatori Sociali) ovvero le categorie delle professioni che agiscono nell'ambito della tutela delle donne con particolare riferimento ai professionisti della Medicina d'urgenza che si trovano a svolgere il proprio operato all'interno dei Pronto Soccorso Ospedalieri. Tale metodologia consente la mutua-formazione sulle strategie di prevenzione della violenza psicologica, fisica, sessuale tra i soggetti partner e le professionalità che entrano in contatto con la violenza di genere e lo stalking. L'idea è realizzare un percorso formativo a cascata che permetta a tutti i partecipanti di divulgare a loro volta le informazioni acquisite nell'ambito del proprio gruppo di appartenenza, con il supporto di figure professionali appartenenti alle diverse realtà che aderiscono al progetto.

Le attività sensibilizzazione, informazione, divulgazione e comunicazione di LINEA EFFE mirate alla prevenzione del fenomeno della violenza, sono rivolte a tutto il territorio della Provincia di Caserta in cui insistono i Distretti Sanitari dell'ASL Caserta all'interno dei quali si distribuiscono brochure, volantini, locandine informative sulla presentazione dei diversi Servizi, sugli orari di apertura degli stessi e sul numero telefonico (0823 354126) per le donne vittime di qualsiasi tipo di violenza, attivo 24H. L'introduzione di quest'ultimo nel numero di pubblica utilità 1522, permette una diffusione a livello nazionale e regionale delle attività di sostegno, consulenza e cura per le donne.

La promozione delle pari opportunità è una delle innovazioni cardine della riforma del pubblico impiego prevista dal D.Lgs. Del 27 ottobre 2009, n. 150.

Il richiamo alle pari opportunità, se da una parte è inteso quale tutela della donna nel binomio famiglia-lavoro, dall'altro invece è finalizzato a rendere i sistemi organizzativi delle pubbliche amministrazioni maggiormente efficienti e funzionali. Infatti, un ambiente di lavoro dove è bandita ogni forma di discriminazione, per il dipendente, è garanzia di trasparenza, del merito, di equità, di uguaglianza e di opportunità di continua crescita professionale. L'Italia, in adesione alle nuove politiche di coordinamento economico dell'Unione europea, in via sperimentale, ha introdotto il bilancio di genere per la valutazione dell'impatto della politica di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di attività lavorativa.

Il bilancio di genere è quindi, considerato dai più un elemento di trasparenza del bilancio della P.A. e il risultato dell'analisi specifica dei costi e delle entrate diventa per l'organo politico e di governo lo strumento per individuare e sfruttare opportunità di efficienza ed efficacia in termini di impiego delle risorse, del conseguimento degli obiettivi economici prestabiliti e di erogazione dei servizi.

Nel corso degli ultimi mesi, l'associazione Spazio Donna ha collaborato con il Dipartimento per le Dipendenze aziendale e con le cooperative che cogestiscono i progetti terapeutico-riabilitativi

individuali all'interno di centri diurni e strutture residenziali, organizzando incontri di gruppo a partire dalle diverse forme di dipendenza con gli "uomini maltrattanti" (autori della violenza), per riflettere sulle motivazioni psicologiche individuali e sul contesto culturale che favoriscono l'esercizio della violenza di genere.

Il P. O. di Marcianise (dal 2015 ad oggi) ha partecipato al Concorso per l'assegnazione nazionale dei Bollini rosa ed ha elaborato gli Open day dedicando giornate di prevenzione per il genere femminile, ottenendo per tali attività dal Network "Fondazione Onda" n. 3 Tre) riconoscimenti di carattere nazionale in 3 bienni consecutivi, comprovanti la particolare attenzione per il genere femminile esercitata nel Presidio Ospedaliero: n. 3 Bollini Rosa (massimo riconoscimento) per il biennio 2018 - 2019, n. 2 Bollini Rosa per il biennio 2020- 2021 , n. 2 Bollini Rosa per il biennio 2022-2023. Anche il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca ha ottenuto il riconoscimento (n.2 Bollini Rosa per il biennio 2012-2013, 2014-2015, 2020-2021 ecc.

In data 06/12/2022 la Direzione di Presidio Ospedaliero di Marcianise ha adottato con atto formale la procedura presidiale: "Gestione della corretta assistenza alle Pazienti di religione Musulmana in conformità al Documento Analisi descrittiva e informativa sulla salute delle Persone Migranti in ottica di genere- Raccomandazioni per il Personale Sanitario - ISS, 2022".

Si sottolinea che nel corso di lavori di ripristino, riammodernamento ed adeguamento del Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Marcianise, espletati nel corso dell' anno 2018 e 2019, nell'ambito dello stesso è stata predisposta in una zona appartata del P. S. un' apposita area protetta, destinata ed attrezzata per accogliere le donne vittime di violenza ( "Stanza dei Codici Rosa"- idonea anche per l' Osservazione Breve Intensiva), realizzata in piena conformità a quanto definito dalle "Linee guida nazionali per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio- sanitaria alle donne vittime di violenza. Pubblicata sulla G.U. Serie Generale, n. 24 del 30 gennaio 2018), progettata specificamente per lo svolgimento delle attività assistenziali. L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche repertare il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy. Alle donne vittime di violenza, grazie anche al supporto delle Associazioni e delle reti assistenziali territoriali, vengono offerte opportunità per l'allontanamento dalle situazioni "a rischio" ed opportunità per differenti percorsi di vita e di lavoro che consentano loro di recuperare la propria indipendenza, sicurezza economica e dignità.

Altri Presidi Ospedalieri dell'ASL Caserta (Ospedali di Aversa, Sessa Aurunca, Piedimonte Matese) hanno attivato o stanno attivando il "Percorso Rosa" nell'ambito dei rispettivi pronto soccorso.

In conclusione, sebbene la strada che porta all'uguaglianza sia ancora lunga e difficile, molto si sta facendo in Italia e nell'Asl Caserta, per inserire la dimensione di genere nei processi decisionali pubblici.

## *9 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale*

Gli elementi della sottosezione sono:

- Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente;
- Programmazione strategica delle risorse umane;
- Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse;
- Strategia di copertura del fabbisogno;
- Formazione del personale.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) rappresenta uno dei quattro atti di programmazione delle Aziende Sanitarie, che insieme formano il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

Il piano del fabbisogno è alla base della gestione delle risorse umane finalizzato a coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità

e qualità dei servizi ai cittadini.

La UOC di Gestione delle Risorse Umane ogni anno (D.lgs. 165/2001), di concerto con il vertice strategico, è tenuto alla programmazione triennale del fabbisogno di personale, comprensivo delle unità che andranno in quiescenza nello stesso anno. Il piano stesso rappresenta la programmazione della dotazione organica che l'ASL necessiterà nei prossimi tre anni (piano assunzioni, quiescenza, etc.).

Il concetto stesso di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- *Quantitativo*: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla Mission dell'azienda, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;
- *Qualitativo*: riferito alla tipologia di unità necessarie per garantire ed assolvere alla Mission Aziendale, è in questo aspetto che la Direzione strategica può decidere se nel triennio successivo si ritiene una particolare attività di rilievo e quindi programmare una maggiore assunzione di determinate professionalità.

Da non sottovalutare è il concetto di pianta organica, e cioè, la distruzione delle Unità Operative sull'intero territorio Provinciale e la tipologia delle stesse, per individuare il numero minimo di personale per garantire i LEA.

Ai fini della definizione dei criteri di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie, i modelli normativi di riferimento sono stati:

- art. 2 comma 71 L. 191 del 23/12/2009 e s.m.i. (tetto di spesa del personale pari a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento);
- 30 ottobre 2014, n. 161, in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero;
- Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- DCA n. 67/2016, avente ad oggetto "Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania";
- Metodo ministeriale per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero del 13/12/2017;
- Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 08 Maggio 2018, avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche";
- Delibera di Giunta Regionale n. 378 del 23/07/2020 "Adozione del Piano di Riorganizzazione/Potenziamento delle attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania.";
- I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali:
    - L'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
    - La produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
    - Il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete. In primis è necessario procedere alla definizione del cosiddetto "fabbisogno minimo", ovvero la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio. Il concetto di "fabbisogno minimo" è definito avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgano attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere

conseguentemente ridimensionato.

Viceversa, stante il fatto che l'applicazione di tale metodologia permette di addivenire alla determinazione di un valore minimo di riferimento, esso non sempre risulterà sufficiente per individuare il fabbisogno delle strutture prese in considerazione. In alcuni casi diventa necessario considerare l'attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati. La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla Mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione. Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua.

Le aree omogenee individuate sono le seguenti:

| *ID Area* | *Descrizione Area* |
|---|---|
| **1** | Medicina Interna |
| **2** | Chirurgia |
| **3** | Ostetricia e Ginecologia |
| **4** | Critica |
| **5** | Sub-Intensiva |
| **6** | Pediatrica |
| **7** | Salute mentale |
| **8** | Riabilitativa |

*Tab.169: Aree omogenee individuate*

Occorre poi considerare il Personale da destinare all'assistenza distrettuale e alla prevenzione, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera a quella territoriale per la realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio. Si sottolinea, inoltre, che nell'ambito delle attività territoriali e del fabbisogno di personale, l'Azienda deve tener in debito conto l'apporto delle unità di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato. Si specifica inoltre, che occorrerà valutare anche l'eventuale esternalizzazione di servizi aziendali in presenza dei quali, il parametro di riferimento della relativa figura professionale dovrà essere rimodulato in riduzione. La ricognizione dei servizi sanitari assistenziali esternalizzati avviene sulla base dei modelli ministeriali registrati su piattaforma NSIS: nello specifico si farà riferimento ai modelli STS e RIA.

## *9.1 Procedure concorsuali dal 2022 al 2024*

### Concorsi avviati e/o conclusi sia negli ultimi mesi del 2022 che nell'anno 2023.

| CONCORSI | | |
|---|---|---|
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| n. 20 Operatori Tecnici Specializzati-Autisti di Autoambulanza, ctg. "B", livello economico "Bs" | IN ATTO | 381 del 19/10/2022 |
| n. 6 Dirigenti Medici di Neurologia | IN ATTO | 472 del 28/10/2022 |

| AVVISI | | |
|---|---|---|
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| N. 30 OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI-AUTISTI DI AUTOAMBULANZA, CTG. "B" | CONCLUSO | 382 del 19/10/2022 |

| | | |
|---|---|---|
| N. 6 DIRIGENTI MEDICI DI NEUROLOGIA | CONCLUSO | 473 del 28/10/2022 |

| CONCORSI STABILIZZAZIONE D.LGS. 75/2017 (MADIA) | | |
|---|---|---|
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| n. 10 CPS In18.2 fermieri, ctg. "D" - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | IN ATTO | 621 del 30/11/2022 |
| n. 1 CPS Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, ctg. "D" - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 621 del 30/11/2022 |

| AVVISI STABILIZZAZIONE LEGGE 234/2021 (LEGGE DI BILANCIO) | | |
|---|---|---|
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| n. 1 Dirigente Medico di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 620 del 30/11/2022 |
| n. 1 Dirigente Medico di Medicina Interna - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 620 del 30/11/2022 |
| n. 100 CPS Infermieri, ctg. "D" - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 620 del 30/11/2022 |
| n. 3 CPS Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, ctg. "D" - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 620 l 30/11/2022 |

*Tab. 170: Concorsi indetti nel 2022 (Dopo l'8 Agosto 2022)*

| CONCORSI | |
|---|---|
| **Selezione** | **DELIBERA RATIFICA LAVORI** |
| n. 7 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale | 603 del 23/11/2022 - 682 del 05/12/2022 |
| n. 5 Dirigenti Medici di Geriatria. | 405 del 21/10/2022 |
| n. 4 CPS Terapisti Occupazionali, ctg. "D" | 130 del 05/09/2022<br>315 07/10/2022 |
| n. 4 CPS Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, ctg. "D" | 243 del 26/09/2022 |
| n. 10 Dirigenti Medici di Medicina Interna | 712 del 06/12/2022 |
| n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica, per la U.O.S.D. "Fisiopatologia della Riproduzione". | 339 del 10/10/2022 |
| n. 4 Dirigenti Medici di Ematologia | 604 del 23/11/2022 - 1930 del 14/11/2023 |
| N. 6 DIRIGENTI MEDICI DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA, PER L'UOC PRONTO SOCCORSO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI AVERSA | 340 del 10/10/2022 |
| N. 10 DIRIGENTI MEDICI DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA, PER IL PRONTO SOCCORSO DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI MARCIANISE, DI PIEDIMONTE MATESE E DI SESSA AURUNCA | 635 del 02/12/2022 |

| AVVISI | |
|---|---|
| **Selezione** | **DELIBERA RATIFICA LAVORI** |
| N. 6 DIRIGENTI MEDICI DI NEUROLOGIA | 891 del 29/12/2022 |

| CONCORSI STABILIZZAZIONE D.LGS. 75/2017 (MADIA) | |
|---|---|
| N.6 Dirigenti Medici di Geriatria riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | 338 del 10/10/2022 |
| n. 1 posto di Dirigente Medico di Chirurgia Generale riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (art. 20, comma 10, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. e comma 468 legge 160 del 27/12/2019) | 404 del 21/10/2022 |
| n. 4 CPS Infermieri Pediatrici, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 | 242 l 26/09/2022 |

*Tab. 171: Concorsi conclusi nel 2022 (Dopo l'8 Agosto 2022)*

| CONCORSI | | |
|---|---|---|
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| n. 5 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia | CONCLUSO | 215 del 13/02/2023 |

| | | |
|---|---|---|
| n. 12 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale | CONCLUSO | 504 del 22/03/2023 |
| n. 15 Dirigenti Medici d'Emergenza-Urgenza | CONCLUSO | 504 del 22/03/2023 |
| n. 3 Dirigenti Medici di Anatomia Patologica | CONCLUSO | 857 del 09/05/2023 |
| n. 10 Dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione | IN ATTO | 1679 del 29/09/2023 |
| n. 30 Dirigenti Veterinari di Sanità Animale, Area "A" | IN ATTO | 1957 del 17/11/2023 |
| AVVISI | | |
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| N.5 DIRIGENTI MEDICI DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | CONCLUSO | 216 del 13/02/2023 |
| n. 12 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale | CONCLUSO | 505 del 22/03/2023 |
| n. 15 Dirigenti Medici d'Emergenza-Urgenza | CONCLUSO | 505 del 22/03/2023 |
| N. 30 DIRIGENTI VETERINARI DI SANITA' ANIMALE, AREA "A" | CONCLUSO | 1205 del 07/07/2023 |
| N. 5 DIRIGENTI MEDICI DI ONCOLOGIA | CONCLUSO | 1848 del 27/10/2023 |
| N. 4 PSICOLOGI SPECIALISTI IN PSICOTERAPIA - PROGETTO ISS | CONCLUSO | 2163 del 21/12/2023 |

| CONCORSI STABILIZZAZIONE D.LGS. 75/2017 (MADIA) | | |
|---|---|---|
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| n. 2 Assistenti Amministrativi - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 2 Assistenti Sociali - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 2 Assistenti Tecnici Geometri - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 1 Collaboratore Tecnico Professionale – Ingegnere Civile/Architetto - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 2 Dietisti - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 5 Fisioterapisti - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 5 Infermieri - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 3 Infermieri Pediatrici - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 4 Logopedisti - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 8 Operatori Socio-Sanitari - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 1 Ortottista - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 4 Ostetriche/Ostetrici - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 2 Tecnici Audiometristi - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 3 Tecnici della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 1 Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 1 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 1 Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 2 Tecnici Sanitari di Radiologia Medica - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 |
| n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica/altra disciplina - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | IN ATTO | 484 del 17/03/2023 |
| n. 1 Dirigente Farmacista di Farmacia Ospedaliera/Farmaceutica Territoriale - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | IN ATTO | 484 del 17/03/2023 |
| n. 1 Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 |
| n. 1 Dirigente Medico di Audiologia e Foniatria - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 |

| | | |
|---|---|---|
| n. 1 Dirigente Medico di Pediatria - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 |
| n. 1 Dirigente Medico di Scienza dell'Alimentazione - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 |
| n. 2 Dirigenti Psicologi di Psicologia Clinica/Psicoterapia - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 |
| n. 1 Dirigente Sociologo - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 |
| AVVISI STABILIZZAZIONE LEGGE 234/2021 (LEGGE DI BILANCIO) | | |
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| n. 10 Operatori tecnici specializzati – Autisti di ambulanza - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1152 del 27/06/2023 |
| n. 245 CPS Infermieri - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1152 del 27/06/2023 |
| n. 4 Ostetriche /Ostetrici - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1152 del 27/06/2023 |
| n. 12 Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | IN ATTO | 1152 del 27/06/2023 |
| AVVISI UOC | | |
| **Selezione** | **STATO** | **Delibera indizione** |
| UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO, PER IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI MADDALONI | CONCLUSO | 608 del 12/04/2023 |
| UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO, PER IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI PIEDIMONTE MATESE | CONCLUSO | 608 del 12/04/2023 |
| UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO, PER IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SANTA MARIA CAPUA VETERE | CONCLUSO | 608 del 12/04/2023 |
| UOC MEDICINA INTERNA, PER I PRESIDI OSPEDALIERI DI MADDALONI | CONCLUSO | 856 del 09/05/2023 |
| UOC MEDICINA INTERNA, PER I PRESIDI OSPEDALIERI DI PIEDIMONTE MATESE | CONCLUSO | 856 del 09/05/2023 |
| UOC MEDICINA INTERNA, PER I PRESIDI OSPEDALIERI DI SESSA AURUNCA | CONCLUSO | 856 del 09/05/2023 |
| UOC Coordinamento Materno Infantile Territoriale, Consultorio/Assistenza Vaccinale DD.SS. 12 e 13 | CONCLUSO | 1218 del 13/07/2023 |
| UOC Coordinamento Riabilitazione Territoriale – Assistenza Riabilitativa DD.SS. 12 e 13 | IN ATTO | 1218 del 13/07/2023 |
| UOC Coordinamento Cure Domiciliari – ADI DD.SS. 12 e 13 | CONCLUSO | 1218 del 13/07/2023 |
| Distretti Sanitari n. 12, 13, 14, 15, 16, 17/19, 18, 20, 21, 22, 23 | CONCLUSO | 994 del 01/06/2023 |
| UOC UROLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI AVERSA | IN ATTO | 2167 del 21/12/2023 |

*Tab. 172: Concorsi indetti nel 2023*

| CONCORSI | |
|---|---|
| **Selezione** | **Delibera Graduatoria** |
| n. 5 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia | 1227 del 18/07/2023 |
| n. 12 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale | 2113 del 14/12/2023 |
| n. 15 Dirigenti Medici d'Emergenza-Urgenza | 1700 del 03/10/2023 |
| n. 4 CPS Educatori Professionali, ctg. "D" | 170 del 12/09/2022 - 1931 del 14/11/2023 |
| n. 4 Dirigenti Medici di Ematologia | 604 del 23/11/2022 - 1930 del 14/11/2023 |
| AVVISI | |
| **Selezione** | **Delibera Graduatoria** |
| N. 30 OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI-AUTISTI DI AUTOAMBULANZA, CTG. "B" | 269 del 17/02/2023 - 642 del 18/04/2023 - 825 del 03/05/2023 |
| n. 12 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale | 1388 del 03/08/2023 |
| N. 30 DIRIGENTI VETERINARI DI SANITA' ANIMALE, AREA "A" | 1896 del 03/11/2023 - 2119 del 15/12/2023 |
| N. 5 DIRIGENTI MEDICI DI ONCOLOGIA | 2195 del 28/12/2023 |
| CONCORSI STABILIZZAZIONE D.LGS. 75/2017 (MADIA) | |
| **Selezione** | **Delibera Graduatoria** |
| n. 2 Assistenti Amministrativi - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2112 del 14/12/2023 |

| | |
|---|---|
| n. 2 Assistenti Sociali - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2117 del 15/12/2023 - 44 del 12/01/2024 |
| n. 2 Assistenti Tecnici Geometri - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 1851 del 27/10/2023 |
| n. 1 Collaboratore Tecnico Professionale – Ingegnere Civile/Architetto - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 853 del 27/10/2023 |
| n. 2 Dietisti - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 1958 del 17/11/2023 |
| n. 3 Infermieri Pediatrici - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2017 del 24/11/2023 |
| n. 4 Logopedisti - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2118 del 15/12/2023 |
| n. 8 Operatori Socio-Sanitari - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2162 del 21/12/2023 |
| n. 1 Ortottista - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2018 del 24/11/2023 |
| n. 4 Ostetriche/Ostetrici - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2114 del 14/12/2023 |
| n. 2 Tecnici Audiometristi - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2116 del 15/12/2023 |
| n. 3 Tecnici della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 1959 del 17/11/2023 |
| n. 1 Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 0 AMMESSI |
| n. 1 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 1929 del 14/11/2023 |
| n. 1 Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 0 AMMESSI |
| n. 2 Tecnici Sanitari di Radiologia Medica - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | 2115 del 15/12/2023 |
| n. 1 Dirigente Medico di Pediatria - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | 1219 del 13/07/2023 |

| AVVISI STABILIZZAZIONE LEGGE 234/2021 (LEGGE DI BILANCIO) | |
|---|---|
| **Selezione** | **Delibera Graduatoria** |
| n. 1 Dirigente Medico di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | 98 del 31/01/2023 |
| n. 100 CPS Infermieri, ctg. "D" - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | 939 del 25/05/2023 |
| n. 3 CPS Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, ctg. "D" - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | 644 del 18/04/2023 |
| n. 245 CPS Infermieri - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | 2107 14/12/2023 - 30 del 11/01/2024 |

*Tab. 173: Concorsi conclusi nel 2023*

**Tab. : Avvisi**

| TIPOLOGIA | Selezione | STATO | Delibera indizione | Data pubblicazione BURC | Delibera Graduatoria |
|---|---|---|---|---|---|
| AVVISO | n.6 Dirigenti Medici di Ginecologia e Ostetricia | CONCLUSO | 247 del 17/02/2021 | 11/03/2021 | 669 22/04/2024 |
| AVVISO | n. 245 CPS Infermieri - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1152 del 27/06/2023 | 10/07/2023 | 2107 14/12/2023 30 11/01/2024 |
| AVVISO | n. 4 Ostetriche /Ostetrici - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1152 del 27/06/2023 | 10/07/2023 | 985 30/05/2024 |
| AVVISO | n. 10 Operatori tecnici specializzati – Autisti di ambulanza - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1152 del 27/06/2023 | 10/07/2023 | 166 01/02/2024 1485 09/09/2024 |
| AVVISO | n. 70 Infermieri - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 338 del 26/02/2024 | 11/03/2024 | 1100 19/06/2024 |
| AVVISO | n. 3 Ostetriche /Ostetrici - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 338 del 26/02/2024 | 11/03/2024 | 984 30/05/2024 |
| AVVISO | n. 15 Dirigenti Medici di Psichiatria | CONCLUSO | 399 del 11/03/2024 | 02/04/2024 | 781 06/05/2024 |
| AVVISO | n. 6 Dirigenti Medici di Pediatria | CONCLUSO | 399 del 11/03/2024 | 02/04/2024 | 781 06/05/2024 |
| AVVISO | n. 4 Dirigenti Medici di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva | CONCLUSO | 399 del 11/03/2024 | 02/04/2024 | 781 06/05/2024 |
| AVVISO | n. 4 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese | CONCLUSO | 591 del 28/03/2024 | 08/04/2024 | NESSUN CANDIDATO |
| AVVISO | N. 2 DIRIGENTI MEDICI DI NEUROCHIRURGIA PER LA UOSD CHIRURGIA VERTEBRO-MIDOLLARE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SESSA AURUNCA | CONCLUSO | 606 del 02/04/2024 | 08/04/2024 | 782 06/05/2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AVVISO | n. 12 Dirigenti Medici di Medicina d'Emergenza-Urgenza, già Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza | CONCLUSO | 961 del 28/05/2024 | 17/06/2024 | NESSUN CANDIDATO |
| AVVISO | N. 4 DIRIGENTI MEDICI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | CONCLUSO | 1291 del 26/07/2024 | 09/09/2024 | NESSUN CANDIDATO |
| AVVISO | n. 1 Dirigente Medico di Nefrologia - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1595 del 27/09/2024 | 21/10/2024 | 2006 28/11/2024 |
| AVVISO | n. 6 Dirigenti Veterinari di Sanità Animale Area A - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1595 del 27/09/2024 | 21/10/2024 | 2005 28/11/2024 |
| AVVISO | n. 30 Infermieri - ART. 1, COMMA 268, LETTERA B), LEGGE 234/2021 | CONCLUSO | 1608 del 01/10/2024 | 21/10/2024 | 2031 05/12/2024 |
| AVVISO | n. 12 Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico | IN ATTO | 1829 del 05/11/2024 | 18/11/2024 | |
| AVVISO | n. 4 Educatori Professionali, afferenti alle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, per il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 | IN ATTO | 1871 del 11/11/2024 | 25/11/2024 | |

*Tab. 174: Concorsi avviati e/o conclusi nell'anno 2024.*

| **TIPOLOGIA** | Selezione | STATO | **Delibera indizione** | **Data pubblicazione G.U.** | **Delibera Graduatoria** |
|---|---|---|---|---|---|
| CONCORSO | N.2 DIRIGENTI MEDICI DI ODONTOIATRIA | CONCLUSO | 322 del 25/02/2020 | 16/06/2020 | 780 06/05/2024 |
| CONCORSO | n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica/altra disciplina - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 | 26/05/2023 | 2036 06/12/2024 |
| CONCORSO | n. 1 Dirigente Sociologo - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 | 26/05/2023 | 432 18/03/2024 |
| CONCORSO | n. 1 Dirigente Farmacista di Farmacia Ospedaliera/Farmaceutica Territoriale - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 | 26/05/2023 | 1293 del 26/07/2024 |
| CONCORSO | n. 2 Dirigenti Psicologi di Psicologia Clinica/Psicoterapia - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 | 26/05/2023 | 1946 22/11/2024 |
| CONCORSO | n. 1 Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 | 26/05/2023 | 981 30/05/2024 |
| CONCORSO | n. 1 Dirigente Medico di Audiologia e Foniatria - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | CONCLUSO | 484 del 17/03/2023 | 26/05/2023 | 700 19/04/2024 |
| CONCORSO | n. 2 Assistenti Sociali - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 | 16/05/2023 | 2117 15/12/2023 44 12/01/2024 |
| CONCORSO | n. 5 Fisioterapisti - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 | 16/05/2023 | 230 09/02/2024 |
| CONCORSO | n. 5 Infermieri - art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. | CONCLUSO | 483 del 17/03/2023 | 16/05/2023 | 431 18/03/2024 |
| CONCORSO | n. 3 Dirigenti Medici di Anatomia Patologica | CONCLUSO | 857 del 09/05/2023 | 23/06/2023 | 1188 08/07/2024 |
| CONCORSO | n. 5 Dirigenti Medici di Oncologia | CONCLUSO | 1849 del 27/10/2023 | 15/12/2023 | 1945 22/11/2024 |
| CONCORSO | n.. 30 Dirigenti Veterinari di Sanità Animale, Area "A" | IN ATTO | 1957 del 17/11/2023 | 12/01/2024 | |
| CONCORSO | n. 15 Dirigenti Medici di Psichiatria | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 11 Dirigenti Medici di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica; | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 6 Dirigenti Medici di Pediatria | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 4 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia | CONCLUSO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | 1812 29/10/2024 |
| CONCORSO | n. 4 Dirigenti Medici di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 6 Dirigenti Medici di Medicina Interna | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 2 Dirigenti Medici di Medicina Trasfusionale | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 1 Dirigente Medico di Scienza dell'Alimentazione e Dietetica | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 2 Dirigenti Medici di Neurochirurgia per la UOSD Chirurgia vertebro-midollare del Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca | IN ATTO | 398 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| CONCORSO | n. 4 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese | CONCLUSO | 590 del 28/03/2024 | 14/05/2024 | 2000 26/11/2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONCORSO | n. 12 Dirigenti Medici di Medicina d'Emergenza-Urgenza, già Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza | IN ATTO | 960 del 28/05/2024 | 23/07/2024 | |
| CONCORSO | n. 4 Dirigenti Medici di Neuropsichiatria Infantile | IN ATTO | 1292 del 26/07/2024 | 27/09/2024 | |

*Tab.175 Concorsi*

| **TIPOLOGIA** | Selezione | STATO | **Delibera indizione** | **Data pubblicazione G.U.** | **Presa d'atto lavori commissione e nomina vincitori** |
|---|---|---|---|---|---|
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO, PER IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI MADDALONI | CONCLUSO | 608 del 12/04/2023 | 06/06/2023 | 1036 10/06/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO, PER IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI PIEDIMONTE MATESE | CONCLUSO | 608 del 12/04/2023 | 06/06/2023 | 1036 10/06/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO, PER IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SANTA MARIA CAPUA VETERE | CONCLUSO | 608 del 12/04/2023 | 06/06/2023 | 1036 10/06/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC MEDICINA INTERNA, PER I PRESIDI OSPEDALIERI DI MADDALONI | CONCLUSO | 856 del 09/05/2023 | 23/06/2023 | 655 del 12/4/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC MEDICINA INTERNA, PER I PRESIDI OSPEDALIERI DI PIEDIMONTE MATESE | CONCLUSO | 856 del 09/05/2023 | 23/06/2023 | 655 del 12/4/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC MEDICINA INTERNA, PER I PRESIDI OSPEDALIERI DI SESSA AURUNCA | CONCLUSO | 856 del 09/05/2023 | 23/06/2023 | 655 del 12/4/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC Coordinamento Materno Infantile Territoriale, Consultorio/Assistenza Vaccinale DD.SS. 12 e 13 | CONCLUSO | 1218 del 13/07/2023 | 10/10/2023 | 886 16/05/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC Coordinamento Riabilitazione Territoriale – Assistenza Riabilitativa DD.SS. 12 e 13 | CONCLUSO | 1218 del 13/07/2023 | 10/10/2023 | 1825 05/11/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC Coordinamento Cure Domiciliari – ADI DD.SS. 12 e 13 | CONCLUSO | 1218 del 13/07/2023 | 10/10/2023 | 1113 21/06/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC UROLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI AVERSA | CONCLUSO | 2167 del 21/12/2023 | 23/02/2024 | 1906 15/11/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI AVERSA | IN CORSO | 228 del 09/02/2024 | 29/03/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC UORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SESSA AURUNCA | IN CORSO | 391 del 11/03/2024 | 26/04/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI IN ACCREDITAMENTO E MOBILITÀ INTERNAZIONALE | CONCLUSO | 656 del 15/04/2024 | 28/05/2024 | 2131 23/12/2024 |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC CO 118 | IN CORSO | 982 del 30/05/2024 | 23/07/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC SERVIZIO FORMAZIONE | IN CORSO | 1458 30/08/2024 | 15/10/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO MADDALONI-SAN FELICE A CANCELLO | IN CORSO | 1509 del 13/09/2024 1525 17/09/2024 | 05/11/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE | IN CORSO | 1509 del 13/09/2024 1525 17/09/2024 | 05/11/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC MEDICINA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI AVERSA | IN CORSO | 1555 del 20/09/2024 | 05/11/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC PATOLOGIA CLINICA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI AVERSA | IN CORSO | 1555 del 20/09/2024 | 05/11/2024 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC CURE PALLIATIVE – HOSPICE SAN FELICE A CANCELLO | IN CORSO | 1776 del 25/10/2024 | 10/12/2024 | |
| AVVISO STRUTTURA COMPLESSA | UOC PROGRAMMAZIONE E SERVIZI STRATEGICI | IN CORSO | 1827 05/11/2024 | 10/12/2024 | |
| AVVISO DD.SS. | Distretti Sanitari n. 12, 13, 14, 15, 16, 17/19, 18, 20, 21, 22, 23 | CONCLUSO | 994 del 01/06/2023 | | 258-257-256-255-254-253-252-251-250-249-248 14/02/2024 |

*Tab.176 Avvisi quinquennali*

## 9.2 Variazioni organico negli anni 2022-2023-2024

| Periodo di rilevazione | 01/01/2022 - 31/12/2022 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Totale presenti al 31.12.2021 (A) | Assunti al 31.12.22 (B) | Cessati al 31.12.22 (C) | Totale presenti al 31.12.22 (1) =(A)+(B)-(C) |
| Personale dipendente a tempo indeterminato | 4181 | 697 | 377 | 4501 |
| - Dirigenti Medici | 1050 | 138 | 97 | 1091 |
| - Dirigenti non medici | 166 | 34 | 20 | 180 |
| - Personale non dirigente | 2963 | 525 | 260 | 3228 |
| - Personale contrattista | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Personale dipendente a tempo determinato | 380 | 210 | 86 | 504 |
| Totale | | | | 5005 |

*Tab. 177: Rapporto Assunti/Cessati Anno 2022*

| ASSUNZIONI 2022 | | |
|---|---|---|
| Qualifica | Numero | Ruolo |
| Assistente amministrativo | 155 | Ruolo amministrativo comparto |
| Collaboratore amministrativo | 81 | |
| Dirigente Amministrativo | 1 | Ruolo amministrativo dirigenza |
| Dirigente Avvocato | 1 | Ruolo professionale dirigenza |
| COLL. PROF. SAN. DIETISTA | 2 | Ruolo sanitario comparto |
| Coll. Prof. San. Tecnico Riabilitazione Psichiatrica | 4 | |
| Coll. Prof. Sanitario-Infermiere Pediatrico | 8 | |
| Coll. Prof. Sanitario-Ostetrica | 6 | |
| Collab. Professionale Sanitario-Fisioterapista | 1 | |
| Collab. Professionale Sanitario-Infermiere | 238 | |
| COLLABORATORE EDUCATORE PROFESSIONALE | 6 | |
| Collaboratore Professionale Sanitario-Logopedista | 3 | |
| ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OFTAMOLOGIA | 3 | |
| TEC.CO SAN. DI LABORATORIO BIOMEDICO | 9 | |
| TEC.CO SAN. DI RADIOLOGIA MEDICA | 9 | |
| Tecnico della prevenzione | 18 | |
| TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTR. ETÀ EVOL. | 4 | |
| TERAPISTA OCCUPAZIONALE | 4 | |
| Dirigente Medico | 129 | Ruolo sanitario dirigenza Medica |
| Dirigente Medico | 23 | |
| Dirigente medico con inc.di strutt.complessa | 5 | |
| Dirigente Veterinario | 19 | |
| Dirigente Biologo | 15 | Ruolo sanitario dirigenza Non Medica |
| Dirigente Farmacista | 4 | |

| | | |
|---|---|---|
| Dirigente Psicologo | 13 | |
| Assistente Tecnico VI livello | 5 | Ruolo tecnico comparto |
| Assistente tecnico specializzato | 1 | |
| Assistenti Sociali coordinatori VII livello | 3 | |
| Collaboratore tecnico Professionale | 10 | |
| OPER.TORE TECNICO V LIVELLO AUTISTA | 16 | |
| Operatore Socio-Sanitario BS | 105 | |
| PROGRAMMATORE | 1 | |
| Dirigente Sociologo | 5 | |
| TOTALE | 907 | |

*Tab.178. Assunti Anno 2022*

## Rapporto Assunti/Cessati Anno 2023

| | Totale presenti al 31.12.2022 (A) | Assunti al 31.12.23 (B) | Cessati al 31.12.23 (C) | Totale presenti al 31.12.23 (1) =(A)+(B)-(C) |
|---|---|---|---|---|
| Personale dipendente a tempo indeterminato | 4468 | 530 | 393 | 4605 |
| *- Dirigenti Medici* | 1096 | 137 | 127 | 1106 |
| *- Dirigenti non medici* | 122 | 15 | 8 | 129 |
| *- Personale non dirigente* | 3250 | 378 | 258 | 3370 |
| *- Personale contrattista* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Personale dipendente a tempo determinato | 525 | 75 | 236 | 364 |
| *Totale | 4993 | 605 | 629 | 4969 |

*Tab.179. Rapporto Assunti/Cessati Anno 2023*

| | | |
|---|---|---|
| RUOLO SANITARIO | 405 | |
| Dirigenti Medici | 182 | 142 MEDICI (DI CUI 18 A TD) 40 VETERINARI (DI CUI 29 A TD) |
| Dirigenti Sanitari | 16 | DI CUI 1 A TD |
| Personale del comparto area sanitaria | 207 | DI CUI 108 STABILIZZATI |
| RUOLO TECNICO | 134 | |
| Dirigenti | 1 | |
| Personale del comparto area tecnica | 133 | DI CUI 21 A TD |
| RUOLO PROFESSIONALE | 3 | |
| Dirigenti | 3 | |
| Personale del comparto area professionale | - | |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 48 | |
| Dirigenti | - | |
| Personale del comparto area amministrativo | 48 | |
| TOTALE | 590 | |

*Tab. 180: Assunti anno 2023*

***ELENCO DIPENDENTI CHE CESSANO NELL'ANNO 2023 con formalizzazione di richiesta di pensionamento***

***Redatto in data 19 gennaio 2023***

| Qualifica | Numero |
|---|---|
| **Dirigente medico** | 60 |
| **Dirigente veterinario** | 3 |
| **Assistente amministrativo** | 8 |
| **Assistente sociale** | 2 |
| **Ausiliario specializzato** | 1 |
| **Coadiutore amministrativo** | 7 |
| **Collaboratore amministrativo professionale** | 3 |
| **Collaboratore amministrativo senior** | 4 |
| **Fisioterapista** | 4 |
| **Infermiere** | 22 |
| **Operatore tecnico specializzato** | 9 |
| **Operatore socio sanitario** | 15 |
| **Assistente Tecnico** | 1 |
| **Dirigente Tecnico** | 1 |
| **Ostetrica** | 4 |
| **Tecnico della prevenzione** | 2 |
| **Tecnico di radiologia** | 5 |
| **TOTALE** | **151** |

*Tab.181: Elenco dipendenti cessati nel 2023*

Composizione Organico

| | | Codice Azienda / De | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Totale complessivo | | |
| Area | Tipo Profilo | Periodo prec | Periodo | Delta con Tabella (verticale) |
| Comparto | Altro Comparto Sanitario | 233 | 238 | 5 |
| | Altro Comparto Tecnico | 290 | 287 | -3 |
| | Comparto Amministrativo e Professionale | 577 | 533 | -44 |
| | Infermieri | 2.206 | 2.187 | -19 |
| | Personale della riabilitazione e Fisioterapisti | 135 | 142 | 7 |
| | Personale OSS-OTA-ASA | 296 | 350 | 54 |
| Dirigenti | Altri Dirigenti Sanitari | 172 | 168 | -4 |
| | Dirigenti PTA | 61 | 59 | -2 |
| | Medici | 1.142 | 1.123 | -19 |
| Non associabile | Non Associabile | 0 | 0 | 0 |
| Non specificato | Non specificato | 0 | 0 | 0 |
| Organi direttivi | Direttori - Dipendente SSN - Amministrativo | 1 | 1 | 0 |
| | Direttori - Dipendente SSN - Sanitario | 0 | 1 | 1 |
| Totale complessivo | | 5.113 | 5.089 | -24 |

*Tab 182: Composizione Organico Asl Caserta Dati 2024 - Aggiornati al III Trimestre 2024*

## Costi

Codice Azienda / D

| Area | Tipo Profilo | Totale complessivo | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Periodo prec | Periodo | Delta |
| **Comparto** | Altro Comparto Sanitario | 7.929.314 | 8.537.863 | 608.550 |
| | Altro Comparto Tecnico | 8.381.554 | 8.821.067 | 439.513 |
| | Comparto Amministrativo e Professionale | 15.727.828 | 15.762.254 | 34.426 |
| | Infermieri | 74.600.520 | 77.569.862 | 2.969.342 |
| | Personale della riabilitazione e Fisioterapisti | 3.488.943 | 3.976.713 | 487.770 |
| | Personale OSS-OTA-ASA | 8.316.046 | 9.421.890 | 1.105.844 |
| **Dirigenti** | Altri Dirigenti Sanitari | 8.908.534 | 9.267.983 | 359.449 |
| | Dirigenti PTA | 3.551.452 | 3.793.334 | 241.882 |
| | Medici | 92.002.603 | 95.157.291 | 3.154.688 |
| **Non associabile** | Non Associabile | 1.364 | 0 | -1.364 |
| **Non specificato** | Non specificato | 57.914 | 9.141 | -48.773 |
| **Organi direttivi** | Direttori - Dipendente SSN - Amministrativo | 127.525 | 127.526 | 0 |
| | Direttori - Dipendente SSN - Sanitario | 111.917 | 115.441 | 3.524 |
| **Totale complessivo** | | 223.205.514 | 232.560.364 | 9.354.850 |

*Tab 183: Confronto costi del personale al 30/9/2024 rispetto allo stesso periodo del 2023*

| | | Codice Azienda / Descrizione Azie.. | | | S |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Totale complessivo | | | 150203 ASL CASE |
| Codice Specializzazione | Specializzazione | Teste periodo precedente | Teste periodo | Delta | Teste periodo precedente |
| -2 | Non specificato | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| S002 | Anatomia patologica | 3,0 | 3,0 | 0,0 | 3,0 |
| S003 | Anestesia, rianimazione e terapia intensiva | 77,0 | 82,0 | 5,0 | 77,0 |
| S004 | Audiologia e foniatria | 0,0 | 1,0 | 1,0 | 0,0 |
| S007 | Cardiologia | 25,0 | 27,0 | 2,0 | 25,0 |
| S009 | Chirurgia generale | 43,0 | 39,0 | -4,0 | 43,0 |
| S013 | Chirurgia toracica | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| S016 | Ematologia | 12,0 | 12,0 | 0,0 | 12,0 |
| S018 | Farmacologia | 1,0 | 1,0 | 0,0 | 1,0 |
| S019 | Gastroenterologia | 15,0 | 12,0 | -3,0 | 15,0 |
| S021 | Geriatria | 2,0 | 3,0 | 1,0 | 2,0 |
| S022 | Ginecologia e ostetricia | 49,0 | 47,0 | -2,0 | 49,0 |
| S023 | Igiene e medicina preventiva | 10,0 | 7,0 | -3,0 | 10,0 |
| S024 | Malattie dell'apparato respiratorio | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| S026 | Medicina del lavoro | 1,0 | 1,0 | 0,0 | 1,0 |
| S027 | Medicina dello sport | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| S030 | Medicina interna | 48,0 | 41,0 | -7,0 | 48,0 |
| S034 | Microbiologia e virologia | 1,0 | 1,0 | 0,0 | 1,0 |
| S035 | Nefrologia | 11,0 | 12,0 | 1,0 | 11,0 |
| S036 | Neurochirurgia | 0,0 | 2,0 | 2,0 | 0,0 |
| S038 | Neurologia | 12,0 | 10,0 | -2,0 | 12,0 |
| S040 | Oftalmologia | 6,0 | 6,0 | 0,0 | 6,0 |
| S041 | Oncologia medica | 17,0 | 13,0 | -4,0 | 17,0 |
| S042 | Ortopedia e traumatologia | 26,0 | 24,0 | -2,0 | 26,0 |
| S043 | Otorinolaringoiatria | 5,0 | 7,0 | 2,0 | 5,0 |
| S044 | Patologia clinica | 9,0 | 7,0 | -2,0 | 9,0 |
| S045 | Pediatria | 38,0 | 37,0 | -1,0 | 38,0 |
| S046 | Psichiatria | 16,0 | 14,0 | -2,0 | 16,0 |
| S048 | Radiodiagnostica | 58,0 | 55,0 | -3,0 | 58,0 |
| S050 | Reumatologia | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| S053 | Urologia | 4,0 | 4,0 | 0,0 | 4,0 |
| S054 | Altra specializzazione | 15,0 | 11,0 | -4,0 | 15,0 |
| S055 | Nessuna specializzazione | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| S056 | Medicina d'emergenza-urgenza | 32,0 | 46,0 | 14,0 | 32,0 |
| Totale complessivo | | 536,0 | 525,0 | -11,0 | 536,0 |

*Tab 184: Distribuzione per discipline della Dirigenza Medica al 30/9/2024 in confronto con l'anno precedente.*

| | Codice Azienda / Descrizione Azienda | |
|---|---|---|
| | Totale complessivo | 150203 ASL CASERTA |
| Valore della produzione | 47.011.298 | 47.011.298 |
| Punti DRG | 17.141 | 17.141 |
| N. Posti Letto | 0 | 0 |
| N. Ricoveri | 17.664 | 17.664 |
| Teste pesate (med, inf, oss) | 1.153 | 1.153 |
| Teste pesate (med) | 349 | 349 |
| Teste pesate (inf) | 657 | 657 |
| Teste pesate (oss) | 147 | 147 |
| Ricoveri/Teste pesate | 15,33 | 15,33 |
| Ricoveri/Medici | 50,62 | 50,62 |
| Ricoveri/Infermieri | 26,90 | 26,90 |
| Ricoveri/OSS | 120,21 | 120,21 |
| Posti Letto/Teste pesate | 0,00 | 0,00 |
| Posti Letto/Medici | 0,00 | 0,00 |
| Posti Letto/Infermieri | 0,00 | 0,00 |
| Posti Letto/OSS | 0,00 | 0,00 |

*Tab 185: Report Produzione Personale Sanitario nei PPOO III Trim 2024*

## ASSUNTI A VARIO TITOLO NELL'ANNO 2024

| MODALITà ASSUNZIONE / RUOLO | NUMERO |
|---|---|
| **Ass.Temp.art.42 bis 151/2001** | **8** |
| Personale Comandato Comparto Amministrativo | 1 |
| Personale Comandato Comparto Sanitario | 5 |
| Personale Comandato Dirigenza Medica | 1 |
| Personale Comandato Dirigenza SNM | 1 |
| **AVVISO MOBILITA' INTERREGIONAL** | **21** |
| Ruolo sanitario comparto | 21 |
| **AVVISO PUBBLICO** | **11** |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica Tempo Determinato | 5 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica Tempo Deter. | 1 |
| Ruolo tecnico comparto Tempo Determinato | 5 |
| **C.P. art.20,D.lgs.75/2017** | **100** |
| Ruolo amministrativo comparto | 6 |
| Ruolo sanitario comparto | 50 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 2 |
| Ruolo socio sanitario comparto | 41 |
| Ruolo tecnico dirigenza | 1 |
| **Comando in entrata** | **1** |
| Personale Comandato Comparto Sanitario | 1 |
| **CONCORSO PUBBLICO** | **227** |
| Ruolo amministrativo comparto | 13 |
| Ruolo sanitario comparto | 38 |
| Ruolo sanitario comparto Tempo Determinato | 2 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 62 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica Tempo Determinato | 46 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 10 |
| Ruolo socio sanitario comparto | 36 |
| Ruolo tecnico comparto | 20 |
| **Conferimento incarico** | **2** |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica Tempo Determinato | 2 |
| **MOBILITA'** | **12** |
| Ruolo amministrativo comparto | 1 |
| Ruolo sanitario comparto | 9 |
| Ruolo tecnico comparto | 2 |
| **Riamm.in serv. L. 23/2024 n.18** | **2** |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica Tempo Determinato | 2 |
| **Sentenza** | **3** |
| Ruolo tecnico comparto | 3 |
| **Stab. a.1 c.268 let.B L.234/21** | **256** |
| Ruolo sanitario comparto | 245 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 1 |
| Ruolo tecnico comparto | 10 |
| **TRASFERIMENTO C/O QUESTA ASL** | **23** |
| Ruolo amministrativo comparto | 3 |
| Ruolo sanitario comparto | 10 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 7 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 2 |

| | |
|---|---|
| Ruolo tecnico comparto | 1 |
| **TRASFERIMENTO INTRAREGIONALE** | **2** |
| Ruolo amministrativo comparto | 1 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 1 |
| **TRASFERIMENTO PER COMPENS.** | **81** |
| Ruolo amministrativo comparto | 10 |
| Ruolo sanitario comparto | 45 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 4 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 2 |
| Ruolo socio sanitario comparto | 19 |
| Ruolo tecnico comparto | 1 |
| **Totale complessivo** | **749** |

*Fig. 186: Assunti a vario titolo nell'anno 2024*

## CESSATI A VARIO TITOLO NELL'ANNO 2024

| MODALITà ASSUNZIONE / RUOLO | NUMERO |
|---|---|
| **InabilitÃ  legge 335/95** | **1** |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 1 |
| **APE Sociale** | **1** |
| Ruolo sanitario comparto | 1 |
| **Deceduto** | **14** |
| Ruolo amministrativo comparto | 4 |
| Ruolo sanitario comparto | 3 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 3 |
| Ruolo socio sanitario comparto | 1 |
| Ruolo tecnico comparto | 3 |
| **Dimissioni volontarie** | **174** |
| Personale Comandato Comparto Sanitario | 1 |
| Ruolo amministrativo comparto | 30 |
| Ruolo sanitario comparto | 40 |
| Ruolo sanitario comparto Tempo Determinato | 5 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 58 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica Tempo Determinato | 14 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 1 |
| Ruolo socio sanitario comparto | 12 |
| Ruolo tecnico comparto | 10 |
| Ruolo tecnico comparto Tempo Determinato | 3 |
| **Fine Incarico** | **34** |
| Personale Comandato Comparto Sanitario | 5 |
| Personale Comandato Socio Sanitario | 2 |
| Ruolo sanitario comparto Tempo Determinato | 25 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 1 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica Tempo Determinato | 1 |
| **InabilitÃ  D.LGS 165/2001** | **1** |
| Ruolo sanitario comparto | 1 |
| **InabilitÃ  legge 274/91** | **3** |
| Ruolo amministrativo comparto | 2 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 1 |
| **Legge 214/2011 (Pensionamento anticipato per lavori usuranti)** | **4** |
| Ruolo sanitario comparto | 2 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 2 |
| **Raggiunti limiti di etÃ** | **144** |
| Ruolo amministrativo comparto | 18 |
| Ruolo sanitario comparto | 27 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 65 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 7 |
| Ruolo socio sanitario comparto | 13 |
| Ruolo tecnico comparto | 14 |
| **Risoluzione rapporto di lavoro** | **2** |
| Ruolo sanitario comparto | 1 |
| Ruolo tecnico comparto | 1 |
| **Trasferimento c/o altro ente del medesimo comparto** | **14** |
| Ruolo sanitario comparto | 3 |

| | |
|---|---|
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 9 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 2 |
| **Trasferimento per Compensazione** | **75** |
| Ruolo amministrativo comparto | 10 |
| Ruolo sanitario comparto | 43 |
| Ruolo sanitario dirigenza Medica | 3 |
| Ruolo sanitario dirigenza Non Medica | 2 |
| Ruolo socio sanitario comparto | 16 |
| Ruolo tecnico comparto | 1 |
| **Vincitore avviso di mobilitÃ** | **1** |
| Ruolo amministrativo comparto | 1 |
| **Totale complessivo** | **468** |

*Fig. 187: Cessati a vario titolo nell'anno 2024*

### Cessazioni programmate per il triennio 2025-2027

Come noto, particolare rilevanza rivestono ai fini dell'elaborazione del PTF, in termini di turn over, le cessazioni intervenute e pianificate sulla base dei dati attualmente conosciuti rispetto al triennio di riferimento.

Le cessazioni, stimabili a vario titolo per il biennio 2025-2026, in base alla normativa in vigore, risultano attualmente pari a n.192, di cui nel solo 2024 n. 72 hanno già formalizzato la loro richiesta di pensionamento.

Codice Azienda / Des

| | | Totale complessivo | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Area | Macroprofilo 1 | Testa | Età media | Anzianità media | Possibili cessazioni anno X+1 | Possibili cessazioni anno X+2 |
| Comparto | Personale amministrativo | 77 | 51 | 18 | 10 | 4 |
| | Personale della riabilitazione | 21 | 47 | 8 | | |
| | Personale infermieristico | 1.094 | 50 | 17 | 66 | 47 |
| | Personale professionale | 4 | 54 | 10 | | |
| | Personale tecnico | 330 | 52 | 14 | 31 | 4 |
| | Personale tecnico sanitario | 139 | 51 | 15 | 8 | 5 |
| Dirigenti | Dirigenti amministrativi | 3 | 61 | 7 | | |
| | Dirigenti medici | 525 | 49 | 10 | 15 | 0 |
| | Dirigenti sanitari | 39 | 49 | 10 | 2 | 0 |
| Non associabile | Non associabile | 0 | 48 | 9 | | |
| Non specificato | Non specificato | 0 | 51 | 14 | | |
| Organi direttivi | Organi direttivi | 0 | 58 | 16 | | |
| Totale complessivo | | 2.232 | 50 | 15 | 132 | 60 |

*Tab: 188: Previsioni cessazioni per gli anni 2025 e 2026*

## *9.3 Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2023-2025*

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) rappresenta uno dei quattro atti di programmazione delle Aziende Sanitarie, che insieme formano il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

Il concetto stesso di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

-**Quantitativo**: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla Mission dell'azienda, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;

-**Qualitativo**: riferito alla tipologia di unità necessarie per garantire ed assolvere alla Mission Aziendale, è in questo aspetto che la Direzione strategica può decidere se nel triennio successivo si ritiene una particolare attività di rilievo e quindi programmare una maggiore assunzione di determinate professionalità.

Nel corso del 2023 e del 2024 si è proceduto a:

- Programmazione strategica delle risorse umane;
- Realizzare obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse;
- Strategia di copertura del fabbisogno.

Si è tenuto conto in particolare di tre driver principali:

1- L'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
2- La produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
3- Il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Con delibere aziendali n. 1467 del 24.9.2021 e 1598 del 21.10.2021 l'Azienda ha pubblicato il Piano dei fabbisogni 2020-2022 approvato dalla Regione "Presa d'atto DGRC 424 del 5.10.2021 -Adozione in via definitiva del PTFP 2020-2022.

| AA.SS.LL. | Personale in servizio 31.12.2021 * | Standard azienda dgrc 593/2020 | *Di cui standard penitenziaria* | Fabbisogno azienda 22/24 | Fabbisogno nel rispetto del tetto di spesa | PTFP 2022 | PTFP 2023 | PTFP 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUOLO SANITARIO** | 3.507 | 4.690 | *288* | 1.183 | 698 | 487 | 116 | 95 |
| **Dirigenti Medici** | 1.058 | 1.546 | *75* | 488 | 196 | 160 | 23 | 13 |
| **Dirigenti Sanitari** | 103 | 160 | *36* | 57 | 35 | 30 | 3 | 2 |
| **Comparto area sanitaria** | 2.346 | 2.984 | *177* | 638 | 467 | 297 | 90 | 80 |
| **RUOLO TECNICO** | 534 | 877 | *82* | 343 | 157 | 131 | 15 | 11 |
| **Dirigenti** | 14 | 43 | *6* | 29 | 7 | 5 | 1 | 1 |
| **Comparto area tecnica** | 520 | 834 | *76* | 314 | 150 | 126 | 14 | 10 |
| **RUOLO PROFESSIONALE** | 18 | 43 | - | 25 | 2 | - | - | 2 |
| **Dirigenti** | 18 | 25 | - | 7 | 2 | - | - | 2 |
| **Comparto area professionale** | - | 18 | - | 18 | - | - | - | - |
| **RUOLO AMMINISTRATIVO** | 476 | 795 | *10* | 319 | 274 | 212 | 31 | 31 |
| **Dirigenti** | 31 | 36 | *1* | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| **Comparto area amministrativo** | 445 | 759 | *9* | 314 | 271 | 211 | 30 | 30 |
| **TOTALE** | **4.535** | **6.405** | ***380*** | **1.870** | **1.131** | **830** | **162** | **139** |

*Tab.189: Piano dei fabbisogni 2022-2024*

In data 24 gennaio 2023 è stato emanato il decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze con il quale veniva adottata la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario nazionale.
Con la DGRC n. 190 del 19/4/2023 viene approvato il Disciplinare Tecnico recante "Metodologia per la determinazione del Fabbisogno del Personale degli Enti del SSR della Campania "(Allegato A) per le annualità 2022,2023 e 2024 di aggiornamento del Disciplinare tecnico allegato alla DGRC n. 593/2020.
Gli uffici regionale hanno invitato le aziende a predisporre il PTFP 2023/2025, in via provvisoria, nelle more dell'adozione della nuova metodologia ministeriale, in ottemperanza alla DGRC 190/2023 e compatibili con il limite di spesa del personale stabilito dalla legge 191/2009 e s.m.l. (-1,4% della spesa del personale del 2004), come rimodulato con la DGRC 546/2022 per l'anno 2023 e DGRC n.148/2024 a decorrere dall'anno 2024.

Con delibera aziendale n.1701 del 17.10.2024 è stato adottato " il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2023/2025 in via provvisoria".

Il Piano dei Fabbisogni 2023-2025, elaborato sulla base delle indicazioni regionali di cui sopra, è stato approvato dalla Regione con la DGRC 568/2024 (pubblicata nel B.U.R.C. n. 75 del 04.11.2024) con le seguenti prescrizioni:

**1-** Garantire il costante monitoraggio e controllo dell'andamento della spesa relativa al costo del

personale (rispettando il limite del -1,4% della spesa del personale del 2024)

**2-** Garantire la produzione di flussi informativi per il monitoraggio del Servizio sanitario Regionale in attuazione dei DDCA n. 53/2019 e n. 55/2019 quale debito informativo obbligatorio.

Inoltre, nella DGRC 568/2024 viene precisato che il Piano Triennale di fabbisogno di personale 2023/2025 potrà essere oggetto di variazioni, modificazioni, integrazioni in considerazione dell'adozione del PTFP 2024/2026.

Con delibera aziendale n. 1904 del 15.11.2024 si è "Preso atto D.G.R.C. del 31.10.2024 con l'Adozione in via definitiva del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2023-2025"

### *9.3.1 Piano dei Fabbisogni 2023-2025*

**Tabella A PTFP 2023-2025**

| AA.SS.LL. | STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023 | *di cui standard penitenziaria* | FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025 | FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA | PTFP 2023 | PTFP 2024 | PTFP 2025 | ChK |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RUOLO SANITARIO | 5.274 | 290 | 1.687 | 681 | 292 | 323 | 66 | |
| Dirigenti Medici | 1.844 | 75 | 727 | 303 | 181 | 102 | 20 | si |
| Dirigenti Sanitari non medici | 280 | 38 | 156 | 41 | 16 | 21 | 4 | si |
| *di cui dirigenti professioni sanitarie* | 8 | - | 8 | 1 | - | - | 1 | si |
| *di cui farmacisti* | 52 | - | 9 | 5 | 3 | 2 | - | si |
| *di cui altri sanitari non medici* | 220 | 38 | 139 | 35 | 13 | 19 | 3 | si |
| Personale del comparto area sanitaria | 3.150 | 177 | 804 | 337 | 95 | 200 | 42 | si |
| *di cui infermieri* | 2.242 | 150 | 410 | 189 | 37 | 122 | 30 | si |
| *di cui ostetriche* | 141 | - | 46 | 23 | 6 | 12 | 5 | si |
| *di cui tecnici sanitari* | 448 | - | 266 | 50 | 18 | 25 | 7 | si |
| *di cui altro comparto sanitario* | 319 | 27 | 82 | 75 | 34 | 41 | - | si |
| RUOLO SOCIOSANITARIO | 736 | 76 | 461 | 235 | 79 | 117 | 39 | |
| Personale del comparto area socio-sanitaria | 736 | 76 | 461 | 235 | 79 | 117 | 39 | si |
| *di cui OSS* | 575 | 60 | 336 | 220 | 75 | 110 | 35 | si |
| *di cui assistenti sociali* | 161 | 16 | 125 | 15 | 4 | 7 | 4 | si |
| RUOLO TECNICO | 344 | 6 | 52 | 51 | 24 | 26 | 1 | |
| Dirigenti | 20 | 6 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | si |
| Personale del comparto area tecnica | 324 | - | 47 | 47 | 23 | 24 | - | si |
| RUOLO PROFESSIONALE | 43 | - | 28 | 9 | 3 | 3 | 3 | |
| Dirigenti | 25 | - | 10 | 9 | 3 | 3 | 3 | si |
| Personale del comparto area professionale | 18 | - | 18 | - | - | - | - | si |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 716 | 10 | 101 | 77 | 38 | 35 | 4 | |
| Dirigenti | 55 | 1 | 27 | 3 | - | 2 | 1 | si |
| Personale del comparto area amministrativo | 661 | 9 | 74 | 74 | 38 | 33 | 3 | si |
| TOTALE | 7.113 | 382 | 2.329 | 1.053 | 436 | 504 | 113 | |

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

*Tab. 190*

Tabella DM77 PTFP 2023-2025 | PNRR

| | | Strutture DM n.77/2022 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AA.SS.LL. | PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 * | TOTALE STANDARD DM 77 | STANDARD PERSONALE DM 77 CdC | STANDARD PERSONALE DM 77 OdC | STANDARD PERSONALE DM 77 CoT | STANDARD PERSONALE DM 77 USCA | FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025 | PTFP 2023 | PTFP 2024 | PTFP 2025 |
| RUOLO SANITARIO | 191 | 489 | 301 | 104 | 66 | 18 | 298 | 13 | 16 | 269 |
| Dirigenti Medici | 19 | 25 | - | 16 | - | 9 | 6 | 1 | | 5 |
| Dirigenti Sanitari | - | - | - | - | - | - | - | | | - |
| *di cui professioni sanitarie* | - | | | | | | - | | | - |
| *di cui farmacisti* | - | | | | | | - | | | - |
| *di cui altri sanitari* | - | | | | | | - | | | - |
| Personale del comparto area sanitaria | 172 | 464 | 301 | 88 | 66 | 9 | 292 | 12 | 16 | 264 |
| *di cui infermieri* | 96 | 147 | - | 72 | 66 | 9 | 51 | 11 | 11 | 29 |
| *di cui infermieri di famiglia* | 76 | 301 | 301 | - | - | - | 225 | | | 225 |
| RUOLO SOCIOSANITARIO | 41 | 173 | 114 | 48 | 11 | - | 132 | 28 | 5 | 99 |
| Personale del comparto area socio-sa | 41 | 173 | 114 | 48 | 11 | - | 132 | 28 | 5 | 99 |
| *di cui OSS* | 41 | 154 | 95 | 48 | 11 | - | 113 | 26 | - | 87 |
| *di cui assistenti sociali* | - | 19 | 19 | - | - | - | 19 | 2 | 5 | 12 |
| RUOLO TECNICO | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Dirigenti | | - | | | | | - | | | - |
| Personale del comparto area tecnica | | - | | | | | - | | | - |
| RUOLO PROFESSIONALE | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Dirigenti | | - | - | - | - | - | - | | | - |
| Personale del comparto area professionale | | - | - | - | - | - | - | | | - |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 4 | 68 | 57 | - | 11 | - | 64 | 9 | 8 | 47 |
| Dirigenti | | | | | | | - | | | - |
| Personale del comparto area amminis | 4 | 68 | 57 | - | 11 | - | 64 | 9 | 8 | 47 |
| TOTALE | 236 | 730 | 472 | 152 | 88 | 18 | 494 | 50 | 29 | 415 |

* personale in servizio presso le strutture DM77/22 (personale riallocato o nuove assunzioni)

*Tab. 191:*

## *10 Sottosezione di programmazione - Formazione del Personale*

Le proposte formative sono redatte in coerenza con gli obiettivi formativi annuali e pluriennali che il PIAO fissa).

| STRUTTURA PROPONENTE | TITOLO DEL CORSO | BISOGNI | OBIETTIVI |
|---|---|---|---|
| RAPPORTI MEDICINA CONVENZIONATA E CURE PRIMARIE | Spesa Farmaceutica Convenzionata | Analisi dell'aumento della spesa farmaceutica per DPC | Controllo della spesa farmaceutica pre DPC |
| SERVIZIO ISPETTIVO AZIENDALE | APPROPIATEZZA E CONGRUITA' NELLA COMPILAZIONE DELLE SDO | Applicazione e osservanza delle Linee Guida Regionali quali obiettivi della Direzione Strategica Aziendale | Corretta compilazione della SDO |
| CONTROLLO INTERNO DI GESTIONE | PIANO NAZIONALE EQUITA' NELLA SALUTE 2021-2027 PREVENZIONE IN AZIONE: FORMAZIONE PER GLI OPERATORI SUGLI SCREENING ONCOLOGICI DI MAMMELLA, COLON E CERVICE | Maggiore copertura degli screening oncologici, migliorare la qualità delle prestazioni sia in termini di standard qualitativi che di efficienza dello screening. | Arricchire le competenze degli operatori sanitari e fornire strumenti innovativi e culturalmente mirati per informare e sensibilizzare la popolazione al fine di migliorare l'adesione ai programmi di screening oncologici (mammella, cervice uterina e colon retto) da parte di tutta la popolazione ed in particolare degli immigrati e dei gruppi vulnerabili. Mantenimento di tutti gli aspetti della qualità (organizzativa, tecnica e comunicativa). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSULTORIO ASSISTENZA VACCINALE DS 17/19 | INFORMATICA DI BASE | INCREMENTO DELLE COMPETENZE INFORMATICHE PER LE NECESSITA' DEI SERVIZI SANITARI | ADEGUATE COMPETENZE INFORMATICHE PER L'UTILIZZO DELLE PIATTAFORME DIGITALI DI LAVORO |
| COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO PRESIDI OSPEDALIERI | FORMAZIONE PER L'APPROVVIGGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI CON PROCEDURE TELEMATICHE SU PIATTAFORMA MEPA | ADEGUAMENTO ALLE NUOVE PRASSI INFORMATICHE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI SULLA PIATTAFORMA DEL MERCATO ELETTRONICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (MEPA) | CODIFICA DI PERCORSI UNIVOCI PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI SULLA PIATTAFORMA MEPA ALLA LUCE DEL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI (D.Lgs. n. 36/2023) |
| CARDIOLOGIA S. MARIA C.V. | LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SINCOPE: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA | NECESSITA' DI PERCORSI CONDIVISI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SINCOPE | APPROCCIO MULTIIDISCIPLINARE SULLE STRATEGIE PER LA DIAGNOSI DELLA SINCOPE |
| RIANIMAZIONE P.O.AVERSA | CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE | SVILUPPO DELLE COMPETENZE IN UN TEAM MULTIDISCIPLINARE | ACQUISIRE METODOLOGIA, CONCETTI E STRUMENTI PER LA RIANIMAZIONE DEL NEONATO IN SALA PARTO |
| CONTROLLO PRESTAZIONI IN ACCREDITAMENTO E MOBILITA' INTERNAZIONALE | IL RECUPERO CREDITI CON LA PIATTAFORMA *SEND* | Applicazione della convenzione con l'Agenzia della Riscossione (Delibera ASL Caserta n. 2054 del 1/12/2023) delle procedure di riscossione volontaria e coattiva attraverso la piattaforma nazionale delle notifiche digitali "SEND" | Aumentare la capacità di recupero delle entrate dell'Azienda Sanitaria con l'applicazione delle procedure tecniche previste |
| COORDINAMENTO SANITA' PENITENZIARIA | Miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica dei servizi sanitari penitenziari (ex DGRC n. 520/2023, n 221/2024 e n. 701/2024) | Aggiornamenti delle regolamentazioni Regionali con le DGRC n. 112 e n. 520/2023 CON LE DGRC n.221 e n. 701 dei servizi afferenti alla rete regionale di sanità penitenziaria, anche intesi come integrati dal Sistema di presa in carico in corso di misura di sicurezza non detentiva o REMS | Aggiornamento degli operatori del dettaglio delle novellate regolamentazioni generali e acquisizione delle competenze operative derivanti dalle regolamentazioni attraverso il percorso di informatizzazione della documentazione clinica, delle procedure assistenziali e di quelle gestionali, derivanti dall'obbligazione all'utilizzo del sistema informativo regionale per la sanità penitenziaria SMOP |
| RAPPORTI MEDICINA CONVENZIONATA E CURE PRIMARIE | IL GENERE AL CENTRO DELLA CURA | AGGIORNAMENTO SULLA MEDICINA DI GENERE E L'IMPORTANZA DELLA SUA APPLICAZIONE CON LO SVILUPPO DI PERCORSI CLINICI, DI PREVENZIONE E CONTRASTO DI STERIOTIPI E VIOLENZE DI GENERE PER PROMUOVERE PRATICHE RISPETTOSE DELLE DIVERSITA' | ADEGUARE LE COMPETENZE DEL PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO DEI CONSULTORI PER RISPONDERE ALLE ESIGENZE SPECIFICHE DELLA MEDICINA DI GENERE |
| DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE | Disturbi depressivi, schizzofrenia e consumo di sostanze - Principi di trattamento e strategie integrate | Approfondire principi, procedure e strumenti per una più efficace presa in carico del paziente con complessità diagnostica | Tutela delle fragilità (minori, anziani tossico-dipendenti, salute mentale) e degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali |
| GINECOLOGIA E OSTETRICIA PO AVERSA | POSIZIONAMENTO FETALE E DISTOCIE DEL TRAVAGLIO: SOLUZIONI PRATICHE CON APPROCCIO SALUTOGENICO | AUMENTO DELLA PERCENTUALE DI TRAVAGLI/PARTI DISTOCICI | FORNIRE ALLE OSTETRICHE NOZIONI E STRUMENTI PER FAVORIRE IL RIPRISTINO FISIOLOGICO DEL TRAVAGLIO LIMITANDO L'USO DELLA PERFUSIONE OSSITOCICA E RIDUCENDO IL RICORSO AL PARTO STRUMENTALE E DI TAGLIO CESAREO |
| CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE 118 | BLSD | Aggiornamento sulle corrette manovre di soccorso di rianimazione | Migliorare le tecniche di rianimazione cardiopolmonare |
| COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO DISTRETTI SANITARI | STRUMENTI E TECNICHE PER LA PROFESSIONE DI INTERNAL AUDITOR | FORMAZIONE SPECIFICA DEI FUNZIONARI DEL TEAM DI INTERNAL AUDIT AL FINE DI POTENZIARNE LE SKILLS PROFESSIONALI E COMUNICATIVE IN RAGIONE DELLE FUNZIONI DEI PROCESSI AMMINISTRATIVO-CONTABILI AZIENDALI | RAGGIUNGERE UN LIVELLO OTTIMALE DI APPRENDIMENTO DELLE TECNICHE DI AUDITING PER CONSEGUIRE LA PADRONANZA DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI IN MATERIA DI VERIFICA AMMINISTRATIVO-CONTABILE E SVILUPPARE CAPACITA' DI ASCOLTO E COMUNICAZIONE TRA DIREZIONE AZIENDALE E RESPONSABILI DELLE STRUTTURE AUDITE |
| FARMACIA PO AVERSA | I FARMACI ANTIBIOTICI: MISURE DI CONTRASTO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA | L'USO ECCESSIVO E INAPPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI IN TERAPIA E IN PROFILASSI | ACQUISIZIONE DI UNA MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA SULL'UTILIZZO PRESCRITTIVO DEI FARMACI ANTIBIOTICI |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO MARCIANISE | LA NUTRIZIONE CLINICA DEL PAZIENTE IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU) | AUMENTO DELLE COMPETENZE, abilità e conoscenze NELLA TERAPIA DEI PAZIENTI DI RIANIMAZIONE | Uniformare le procedure di riduzione del rischio clinico per incrementare le conoscenze degli operatori di terapia intensiva |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO MARCIANISE | Tracheotomia in Terapia Intensiva: Come, quando, perché e... dopo? | Migliorare le competenze nella tracheotomia in terapia Intensiva | Uniformare le procedure per la riduzione del rischio clinico |
| ? | GESTIONE CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE FRAGILE | MIGLIORARE LA gestione del paziente fragile domiciliare | sviluppare strategie e competenze organizzative per garantire adeguata presa in carico del paziente fragile |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO SESSA AURUNCA | ATLS | FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO SULLA GESTIONE DEL TRAUMA GRAVE IN UN OSPEDALE SPOKE PER L'ACQUISIZIONE DI PROTOCOLLI PER VALUTARE E STABILIZZARE I PAZIENTI DURANTE LA GOLDEN HOUR E RIDURRE LA MORTALITA' PER TRAUMA | ACQUISIZIONE DELLE SKILLS PER LA GESTIONE DEL TRAUMA GRAVE |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO SESSA AURUNCA | GESTIONE DEL SANGUINAMENTO CRITICO | AGGIORNAMENTO SULL'APPROPRIATEZZA DELLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI E FARMACI NEL CONTESTO DI CURA DEL PAZIENTE CRITICO | INCREMENTARE LA DIAGNOSI PRECOCE E LA DEFINIZIONE DELLE CAUSE DI EMORRAGIA PER CORREGGERE I DIFETTI EMOSTATICI IN CORSO DI EMORRAGIE SEVERA |
| MEDICINA PO SESSA AURUNCA | LA VENTILAZIONE NON INVASIVA DAL PS AL REPARTO | LETTURA EMOGASANALISI, UTILIZZO DEI VENTILATORI GESTIONE DELLE INTERFACCE | IMPLEMENTARE LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI COINVOLTI NELL'EMERGENZA-URGENZA E NEI REPARTI NELLA GESTIONE DELLA NIV DALLA CPAP ALLA PSV |
| MEDICINA PO SESSA AURUNCA | CORRETTA GESTIONE DEL DOLORE DAL PS AI REPARTI (TRAUMATOLOGIA DOLORE RENALE ADDOMINALE NEUROLOGICO ONCOLOGICO E DI DIVERSA NATURA) | NECESSITA' DI RENDERE OPERATIVO"OSPEDALE SENZA DOLORE" | ASSICURARE LA CORRETTA TERAPIA AI PAZIENTI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA, RIDUZIONE DELLA TERAPIA CON DICLOFENAC IMPROPRIAMENTE UTILIZZATO IMPLEMENTAZIONE DI ANTID,OLORIFICI IN VARIE FORMULAZIONI (SPRAY NASALI ,CEROTTI, CP POMPE) |
| MEDICINA PO SESSA AURUNCA | GESTIONE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE MATRICE DELLA RESPONSABILITA' COMPITI E PROCEDURE CORRETTA GESTIONE DEL CARRELLO EMERGENZA | IMPLEMENTARE LE CONOSCENZE SULLA GESTIONE URGENZE INTERNE E CORRETTA APPLICAZIONE PROCEDURA GESTIONE CARRELLO DI EMERGENZA | CORRETTA GESTIONE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE CORSO BLSD GESTIONE CARRELLO EMERGENZE |
| MEDICINA PO SESSA AURUNCA | LA NUTRIZIONE IN OSPEDALE DALLA NUTRIZIONE NATURALE A QUELLA ARTIFICIALE | APPROPIATEZZA PRESCRITTIVA | EVITARE STATI DI MALNUTRIZIONE E PREVENIRE LESIONI DA DECUBITO |
| MEDICINA PO SESSA AURUNCA | APPLICAZIONE PDTA AZIENDALE (N°2097 DEL 13/12/2024) PDTA LESIONI CUTANEE | RIDUZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE GIORNATE DI DEGENZA | PREVENZIONE E CORRETTA GESTIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO |
| MEDICINA PO SESSA AURUNCA | ACCESSI VASCOLARI COSTITUZIONE PICC TEAM | FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO E DEL COMPARTO PER LA CORRETTA SOMMINISTRAZIONE TERAPIE | COSTITUZIONE PICC/ACCESSI VASCOLARI TEAMS PRESIDIALI MISTI |
| MEDICINA PO SESSA AURUNCA | DALLA SEPSI AL CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICORESISTENZA, CONOSCENZA E CORRETTO UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI | FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO E DEL COMPARTO PER LA CORRETTA SOMMINISTRAZIONE TERAPIE | PERCORSO SEPSI DAL PS ALLA TERAPIA INTENSIVA, IMPLEMENTARE IL PROGETTO AWARE CON UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI ACCESS |
| SERVIZIO FORMAZIONE | Il Triage in PS: il Fast-track | Aggiornamento sulle linee di triage e del percorso di presa in carico secondo il modello del Fast-track. | Adozione modello Fast-track in PS |
| SERVIZIO FORMAZIONE | Il ruolo del territorio nella presa in carico del bambino con patologie croniche e/o invalidanti | Approfondire gli aspetti clinico e psicosociale della presa in carico del bambino affetto da malattie croniche | Offrire strumenti e tecniche per la presa in carico del bambino affetto da cronicità |
| SERVIZIO FORMAZIONE | Capire il dolore | Acquisizione di competenze per la gestione del dolore secondo le attuali linee guida | potenziamento delle cure palliative |
| COORDINAMENTO SERVIZIO VETERINARI | AGENDA 2030: I RISCHI LEGATI AL CAMBIMENTO CLIMATICO. L'EMERGENZA INSETTI IMPOLLINATORI | La formazione in accordo con l'obiettivo 13 dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile per rafforzare la capacità di ripresa e di adattamento ai rischi legati al clima ed ai disastri naturali | Migliorare le conoscenze del personale sanitario sulle emergenze in apicoltura in seguito ad inquinamenti ambientali e disastri naturali. Migliorare la consapevolezza del valore socioeconomico dei PAT e la conoscenza della corretta applicazione delle deroghe ai prodotti alimentari tradizionali, sugli aspetti di sicurezza alimentare |
| COORDINAMENTO SERVIZIO VETERINARI | AGENDA 2030: I RISCHI LEGATI AL CAMBIMENTO CLIMATICO. L'EMERGENZA IMENOTTERI ACULEATI | La formazione in accordo con l'obiettivo 13 dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile per rafforzare la capacità di ripresa e di adattamento ai rischi legati al clima ed ai disastri naturali | Migliorare le conoscenze del personale sanitario sulle emergenze in apicoltura in seguito ad inquinamenti ambientali e disastri naturali. Migliorare la consapevolezza del valore socioeconomico dei PAT e la conoscenza della corretta applicazione delle deroghe ai prodotti alimentari tradizionali, sugli aspetti di sicurezza alimentare |
| COORDINAMENTO SERVIZIO VETERINARI | AGENDA 2030: I RISCHI LEGATI AL CAMBIMENTO CLIMATICO. LA TUTELA DEI PAT | La formazione in accordo con l'obiettivo 13 dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile per rafforzare la capacità di ripresa e di adattamento ai rischi legati al clima ed ai disastri naturali | Migliorare le conoscenze del personale sanitario sulle emergenze in apicoltura in seguito ad inquinamenti ambientali e disastri naturali. Migliorare la consapevolezza del valore socioeconomico dei PAT e la conoscenza della corretta applicazione delle deroghe ai prodotti alimentari tradizionali, sugli aspetti di sicurezza alimentare |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | CONTENIMENTO DEGLI INFORTUNI IN EDILIZIA QUALE APPROCCIO INTEGRATO PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI. | Aggiornamento sui nuovi compiti richiesti dai Piani Mirati di Prevenzione | Riduzione delle criticità del territorio dell'ASL di Caserta nel settore edilizio |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | Gestione dei comportamenti aggressivi negli S.P.D.C. e nelle REMS | Sapere e conoscere le modalità comunicative adeguate per contenere comportamenti violenti. | Migliorare la capacità di decodifica dei segni posturali, mimici e di comunicazione non verbale in generale per ridurre conseguenze derivanti da comportamenti aggressivi. |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | BENESSERE PERSONALIZZATO: MINDFULNESS, FLESSIBILITÀ COGNITIVA E NEURO-MEDITAZIONE PER OPERATORI SANITARI | Il corso è progettato per equipaggiare gli operatori sanitari con strumenti e tecniche basati sulla mindfulness, flessibilità cognitiva e neuro-meditazione, al fine di prevenire il burnout, migliorare la gestione dei rapporti con pazienti e colleghi, e promuovere il benessere personale e professionale | Fornire le competenze per incorporare la mindfulness, la flessibilità cognitiva e la neuro-meditazione agli operatori del settore. |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | Case Management: la presa in carico della persona con disagio psichico | Adottare Il modello organizzativo assistenziale del case management nella realizzazione di percorsi di cura per favorire l'efficacia delle risposte ai bisogni di cura | Garantire la cura sia trasversale che longitudinale; promuovere l'accessibilità ai servizi; individuare le responsabilità gestionali e garantire continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | Budget di progetto nel decreto disabilità (D.Lgs. n. 62/2024) | Definire il sistema di cogestori che evidenzia la co-presenza di elementi concorrenziali e dei vincoli Regionali che definiscono le tariffe da riconoscere ai soggetti gestori | Riconciliare i percorsi del BdP e del BdS nell'ambito delle attività ed azioni dell'ASL |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | L'approccio dialogico e il team riflessivo come strumenti per interventi assistenziali integrati rivolti a persone con bisogni complessi | Creare le basi per lavorare in modo dialogico e democratico al fine di costruire un benessere mentale di comunità, patrimonio comune e strumento di lavoro in ambito socio-sanitario | Conoscere e approfondire l'Open Dialogue con il rinnovamento degli approcci di lavoro in equipe multidisciplinare e la valorizzazione del lavoro di rete e di comunità |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | Identificazione precoce delle Psicosi | Approcciare con un intervento precoce e tempestivo per arginare i sintomi psicotici dalle fasi d'esordio per migliorare l'andamento della condizione morbosa | Implementare Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Percorso Esordi Psicotici secondo le Linee Guida Internazionali e Nazionali e le Linee di Indirizzo Regionali |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | GRUPPI DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE | Addestramento deI gruppi di psicoanalisi multifamiliare finalizzati al coinvolgimento nella cura dei pazienti insieme ai loro familiari. | migliorare le modalità di lavoro e di interazione all'interno dei diversi contesti terapeutici |
| SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE | Formazione ex art.37 D.Lgs.81/2008 per i lavoratori dell'ASL Caserta | Formazione al lavoratore in materia di tutela per la salute e la sicurezza per la presa di coscienza dei rischi presenti nei luoghi di lavoro. | Sviluppo delle conoscenze previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2011 per la formazione dei lavoratori con riferimento ai contenuti previsti alle lettere a) e b) del comma 1 e al comma 3 dell'articolo 37 del D.Lgs. n. 81/08. |
| SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE | PROGRAMMA FORMAZIONE AGGRESSIONI | Prevenire e contenere il rischio aggressioni dei lavoratori sui luoghi di lavoro | Sviluppo delle competenze per l'individuazione precoce dei comportamenti a rischio e delle procedure di prevenzione e gestione dei comportamenti violenti a danno degli operatori |
| SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE | FORMAZIONE DEI PREPOSTI | Applicazione dell'art. 2 del D.Lgs. 81/08 per la formazione del preposto | Conoscere compiti e responsabilità del preposto e acquisire le competenze nel processo di valutazione dei rischi come persona che sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute |
| SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE | IL RUOLO DEL FACILITATORE NELLA GESTIONE DEL RISCHIO MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI | Formazione dei lavoratori in materia di salute e sicurezza sulla movimentazione da carico dei pazienti | Acquisire conoscenze sui rischi da MMP in ambiente di lavoro |
| SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE | CORSO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITA' A RISCHIO DI INCENDIO ELEVATO | Costituzione di squadre per l'attuazione di misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato e manovre di primo soccorso nella gestione dell'emergenza | Integrazione delle funzioni per l'attuazione di misure di prevenzione per la creazione di un nucleo capace di fronteggiare l'emergenza con efficacia e garantire la presenza di addetti formati in ogni turno di servizio |
| CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE 118 | FORMAZIONE ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO | Formazione addetti per l'attuazione di misure di primo soccorso | Ampliare la platea degli addetti al primo soccorso |
| DISTRETTO 12 | APPROPRIATEZZA USO ANTIBIOTICI NELLE PATOLOGIE ACUTE AD AMPIA DIFFUSIONE | ridurre il consumo inappropriato di antibiotici | favorie la diagnosi differenziale tra agenti patogeni e orientare la scelta di antibiotico più efficace ove necessario |
| DISTRETTO 12 | LA TRANSIZIONE DEL DISTRETTO VERSO LE NUOVE ARTICOLAZIONI DEL DM 77 | AGGIORNAMENTO SUI NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI TERRITORIALI | VALORIZZARE NUOVE ESIGENZE DI PRESA IN CARICO VERSO H24 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| QUALITA' E RISK MANAGEMENT | GIORNATA NAZIONELE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA | APPROFONDIRE IL TEMA DELLA SICUREZZA DELLE CURE DELLA PERSONA ASSISTITA NELL'AMBITO DELLE RISPETTIVE COMPETENZE ATTRAVERSO IDONEE INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE | IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA SUL RISK MANAGEMENT E SULLA SICUREZZA DELLE CURE |
| QUALITA' E RISK MANAGEMENT | L'AUDIT INTERNO COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DI UNA ORGANIZZAZIONE VERSO LA CERTIFICAZIONE DI QUALITA' | UNIFORMARE E OMOGENEIZZARE LE PROCEDURE IMPLEMENTANDO LA METODOLOGIA DELL'AUDIT VERSO LA CERTIFICAZIONE DI QUALITA' SECONDO LE NORME ISO | APPROFONDIRE LE NORMATIVE SUI SISTEMI DI GESTIONE AZIENDALI, ED IN PARTICOLARE SUGLI AUDIT DI UN SISTEMA DI GESTIONE |
| QUALITA' E RISK MANAGEMENT | STRUMENTI PER LO SVILUPPO DELLA SICUREZZA IN AZIENDA: DEFINIZIONE E APPLICAZIONE PRATICA DEI PRINCIPI E CONCETTI DI RISHIO CLINICO ED INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA | FORMAZIONE DEI NEOASSUNTI E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI GIA' STUTTURATI SUI RISCHI CLINICI DEL PAZIENTE | MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA SULLA SICUREZZA DELLE CURE COMPRESI I RISCHI RELATIVI ALLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA |
| DISTRETTO 16 | IL DISTRETTO SANITARIO E I SERVIZI AL CITTADINO | APPROFONDIRE LA CONOSCENZA DEI SERVIZI OFFERTI ALLA CITTADINANZA | FORNIRE STRUMENTI PRATICI UTILI AD UTILIZZARE LA DOMANDA DELL'UTENZA |
| COORDINAMENTO SOCIOSANITARIO | SALUTE DEL CITTADINO MIGRANTE: FOCUS SULLE PRINCIPALI NORMATIVE DI ACCESSO AI SERVIZI DEL SSN, SULL'APPROCCIO TRANSCULTURALE E SULLE LINEE GUIDA PER I CONTROLLI SANITARI ALL'ACCOGLIENZA | AGGIORNAMENTO SULLE LINEE GUIDA PER I CONTROLLI SANITARI ALL'ACCOGLIENZA | IMPLEMENTARE L'APPROCCIO TRANSCULTURALE PER COLMARE LA DISTANZA TRA MIGRANTE E SERVIZI SANITARI |
| UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Ruoli chiave e misure di sicurezza nell'attività di trattamento dei dati. Informativa e consenso | Art.29 e 32 del Reg.UE 679/2016 | Formazione Privacy rivolta a tutti i dipendenti, collaboratori e convenzionati quale misura di sicurezza obbligatoria. |
| UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Privacy e trasparenza nella P.A. | Art.29 e 32 del Reg.UE 679/2016 | Formazione Privacy rivolta a tutti i Dirigenti delle UUOOC. |
| UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | La disciplina del Whistleblowing e il codice di comportamento dei dipendenti | Aggiornamento normativo Regolamento e tematiche dell'etica e della legalità (obbligo normativo di cui al PIAO) | Rivolto a tutti i dipendenti, collaboratori e convenzionati |
| UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione | Prevenzione della corruzione-Codice di comportamento | Conoscenza del Codice di Comportamento aggiornato nel 2024(Obbligo normativo di cui al PIAO) | Rivolto a tutti i Dirigenti delle UUOOC |

*Tab.192 : Integrazione Piano Formazione Personale anno 2025*

## *11. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (art. 2, comma 594, lettera a), legge 244/2007*

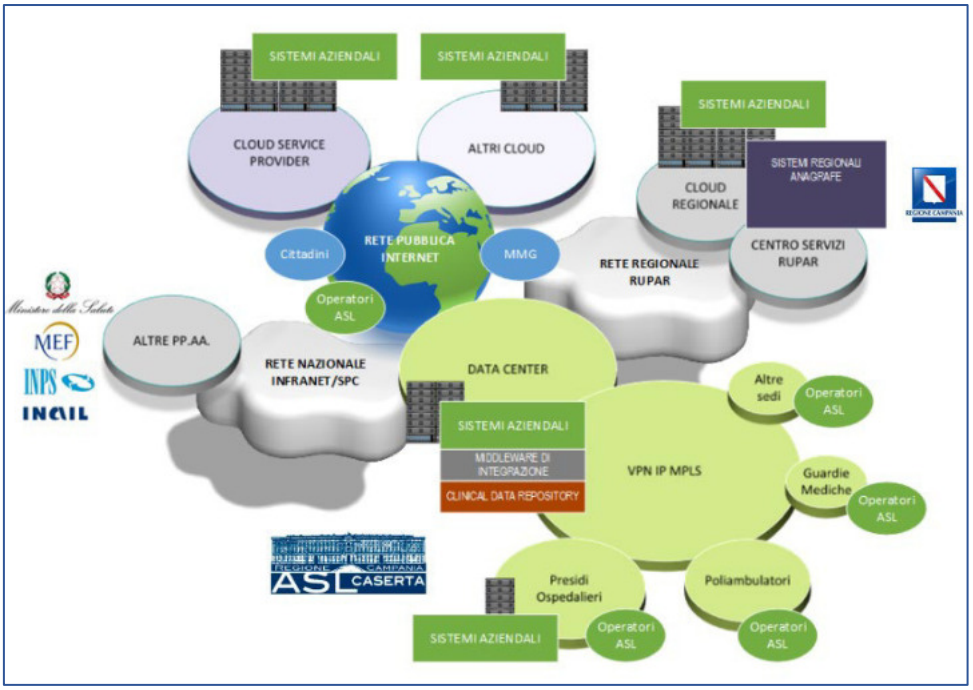



*Fig.160: ASL Caserta – Sistema Informativo*

**Sistema Informativo Aziendale**

- Anagrafe assistiti
- CUP e Riscossione Ticket
- Trattamento economico del Personale Dipendente
- Trattamento Economico del Personale Convenzionato
- Trattamento Giuridico del Personale
- Contabilità Finanziaria ed Economica
- Controllo di Gestione
- Gestione Ordini e Magazzini
- Gestione Presenze
- Portali aziendali
- LIS, Laboratory Information System
- RIS, Radiology Information System
- Protocollo Generale
- Accettazione Ospedaliera
- Gestione ricoveri e trasferimenti
- Triage e Pronto soccorso
- Ufficio SDO
- Delibere e determine
- Cartella Clinica Informatizzata
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Datawarehouse e sistemi di BI

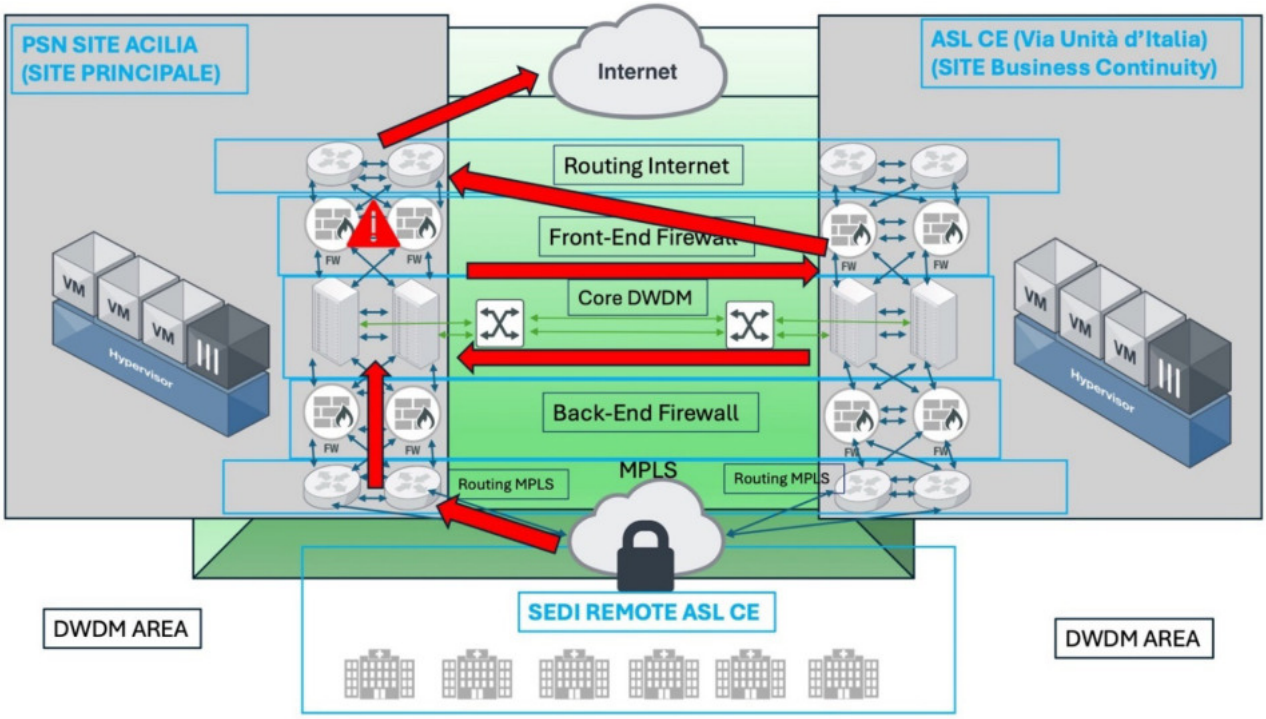



*Fig.161: Data Center*

- Gestione, verifica della conformità e miglioramento della sicurezza dei dati aziendali
- Monitoraggio continuo, gestione dei rischi e mitigazione degli attacchi informatici
- Gestione e definizione delle Politiche di sicurezza ICT aziendali
- Gestione, progettazione e realizzazione dell'infrastruttura aziendale di sicurezza perimetrale
- Gestione della protezione dei sistemi aziendali di information technology
- Gestione, progettazione e realizzazione impianti tecnologici aziendali
    - Impianti antintrusione e verifica degli accessi fisici
    - Impianto di alimentazione elettrica e di emergenza (Sistemi UPS)
    - Impianto di termici per il condizionamento dei locali tecnici
    - Impianto antincendio
- Gestione, progettazione e realizzazione degli impianti aziendali per il Disaster Recovery e per la Business Continuity
- Gestione, progettazione e realizzazione dei sistemi aziendali di backup e di ripristino funzionale
- Gestione, progettazione dei sistemi di sicurezza e prevenzione intromissione informatica
- Gestione e progettazione della rete geografica WAN aziendale
- Procedure di acquisizione di beni e servizi annessi alla Sicurezza ICT

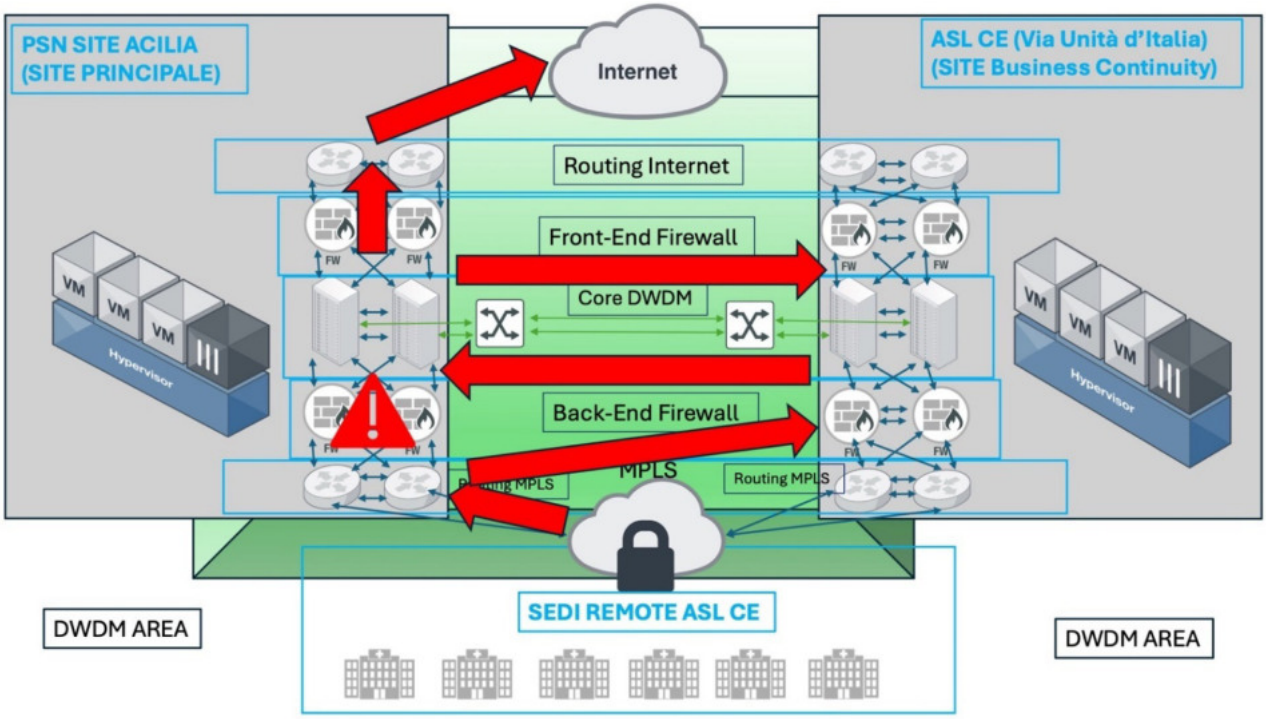



*Fig.162: Data center – Scenario Firewall Back-End*

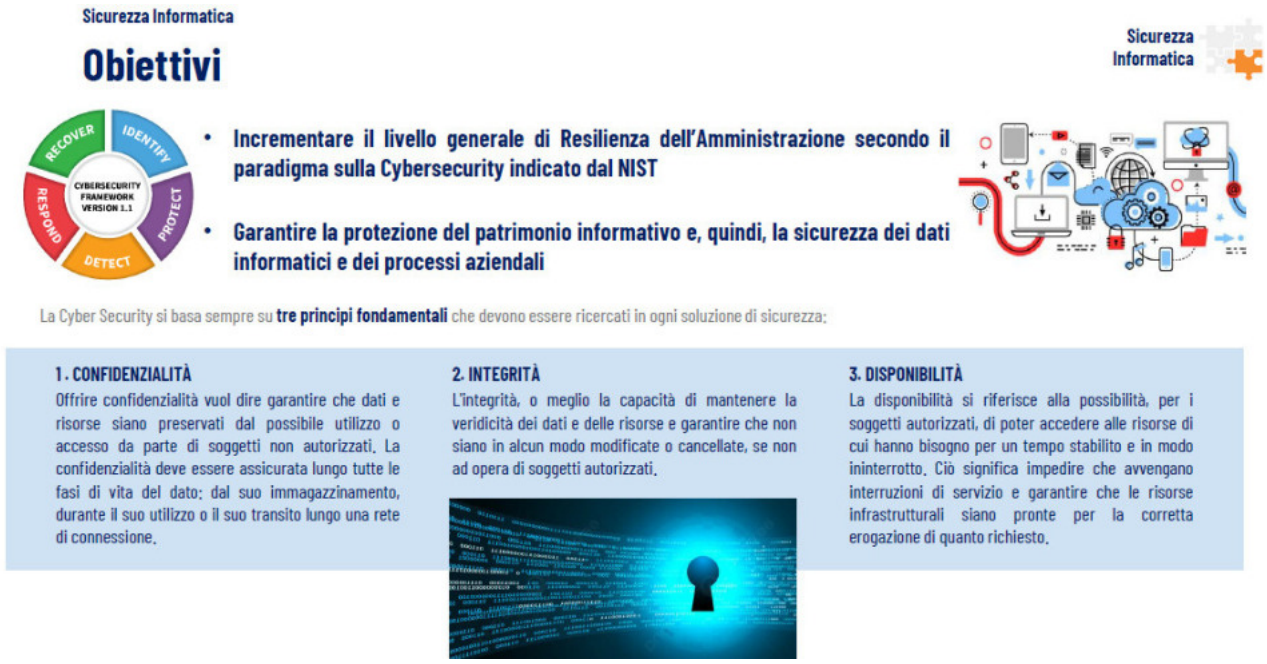



*Fig. 163-Obiettivi Sicurezza Informatica – Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR*




*Fig. 164-Obiettivi Sicurezza Informatica – Ambito di intervento-Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR*

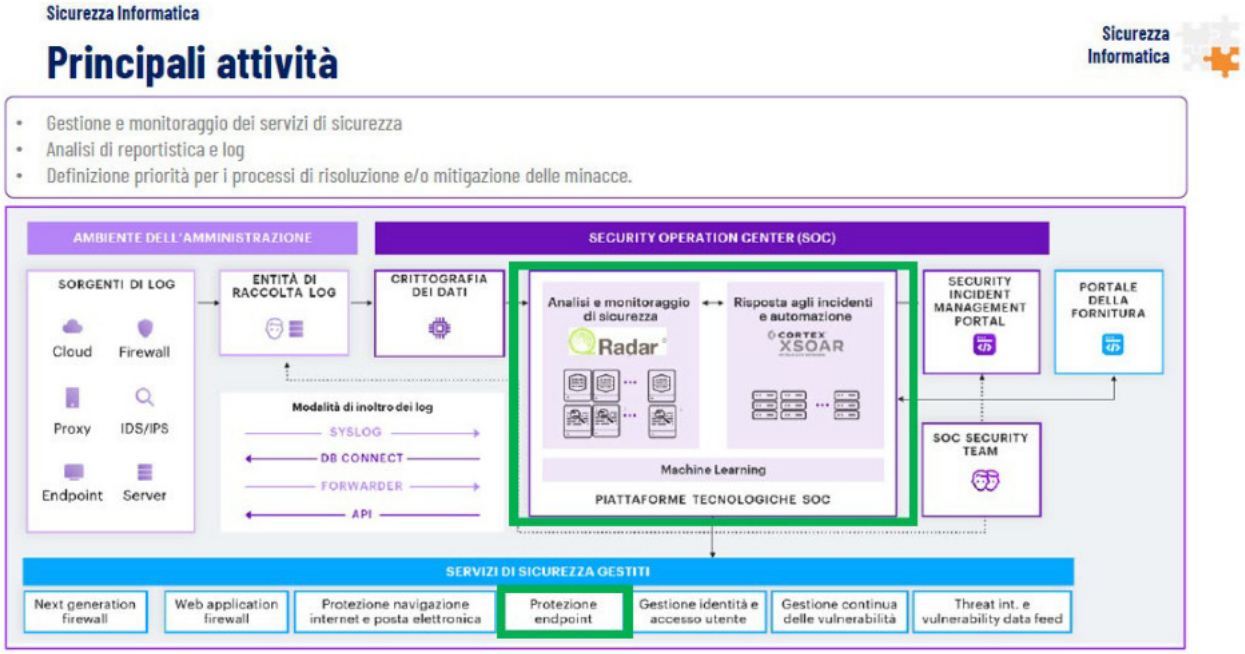



*Fig. 165-Obiettivi Sicurezza Informatica – Principali attività- Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR*




*Fig. 166-Obiettivi Sicurezza Informatica – Risultati attesi- Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR*

Data Center - Centro Elaborazione Dati (CED)

- Acquisizione di beni e servizi annessi alla realizzazione del CED
- Gestione, progettazione e realizzazione impianti tecnologici
- Gestione, progettazione e realizzazione sistemi hardware e software ad alta affidabilità
- Gestione, riorganizzazione e ottimizzazione dei consumi energetici.

| *Macrostruttura* | *Postazioni (Monitor+PC+Stampanti)* | *Scanner* |
|---|---|---|
| **Aree Funz.li/Organ.ve Dipar.ti/ Dist.li** | 13 | |
| **Dipartimento delle Dipendenze** | 99 | 6 |
| **Dipartimento di Prevenzione** | 229 | 6 |
| **Dipartimento di Salute Mentale** | 145 | 2 |
| **Distretto 12** | 498 | 15 |
| **Distretto 13** | 381 | 3 |
| **Distretto 14** | 368 | 28 |
| **Distretto 15** | 136 | 3 |
| **Distretto 16** | 392 | 7 |
| **Distretto 17** | 581 | 2 |
| **Distretto 18** | 129 | 12 |
| **Distretto 19** | 154 | 3 |
| **Distretto 20** | 131 | 1 |
| **Distretto 21** | 251 | 19 |
| **Distretto 22** | 186 | 5 |
| **Distretto 23** | 191 | 6 |
| **Istituti Penitenziari** | 12 | 6 |
| **Ospedale di Comunità di Teano** | 18 | 1 |
| **PO Aversa** | 296 | 18 |
| **PO Maddaloni** | 52 | 4 |
| **PO Marcianise** | 128 | 5 |
| **PO Piedimonte** | 457 | 6 |
| **PO S. Felice a Cancello** | 33 | 4 |
| **PO S. Maria Capua Vetere** | 85 | 2 |
| **PO Sessa Aurunca** | 167 | 1 |
| **Servizi centrali e di supporto** | 830 | 163 |
| **Covid** | 13 | 0 |
| **Emergenza Territoriale** | **93** | **0** |
| **Totale** | **6.068** | **556** |

*Tab.193*

Assegnazione Hardware effettuate nel solo anno 2024 (già contabilizzate nella tabella precedente)

| | |
|---|---|
| Personal Computer | 734 |
| Monitor | 517 |
| Stampanti | 327 |
| Etichettatrici | 82 |
| Stampanti Multifunzione | 129 |
| Scanner | 108 |
| Portatile | 70 |
| Tablet | 33 |
| Barcode | 54 |
| WEB Cam | 79 |
| UPS | 37 |

*Tab. 194*

# 12 Monitoraggio

In questa sezione vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

## 12.1 Aree di competenza, monitoraggio

| *Macrostruttura* | *Unità Operative* | *Obiettivi* | *Indicatori* | *Tempi Monitoraggio* |
|---|---|---|---|---|
| **PO Moscati Aversa** | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **PO S Rocco Sessa A** | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **PO Maddaloni** | Tutte le UOC e S.Dipart | Ob_Att_PO_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **PO Dott. Guerriero Marcianise** | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **PO S Felice a C** | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **PO S Maria C V** | Tutte le UOC e S.Dipart | Ob_Att_PO_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **PO Piedimonte M** | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 12-Caserta** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 13-Maddaloni** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 14-Teano** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 15-Piedimonte** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 16-Marcianise** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 17_19 Aversa** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 18-Succivo** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 20-Casal di Principe** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 21-S Maria Cv** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 22-Capua** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Distr. 23-Mondragone** | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2025 | Tematici,NSG e Aziendali | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Dip.Prevenzione** | Tutti i Serv.Dipartiment. | Ob_Dip-Prev 2025 | NSG e specifici | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Prev.Collettiva** | UUOOPC e Serv. Centr. | Ob_Dip-Prev 2025 | NSG e specifici | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Veterinaria** | UOV e Serv.centrali | Ob_Dip-Prev 2025 | NSG e specifici | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Med Lavoro** | UO Centrali e Distrett | Ob_Dip-Prev 2025 | Tematici Spec. | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| **Dip.Dip.Patologiche** | UUOO SER.D | Ob_Dip-Prev 2025 | Tematici Spec. | 31/3;30/6;30/9;31/12 |

| Macrostruttura | Unità Operative | Obiettivi | Indicatori | Tempi Monitoraggio |
|---|---|---|---|---|
| **Dip.Salute Mentale** | UUOO Distrettuali | Ob_Dis_2025- | Tematici Spec | 31/3;30/6;30/9;31/12 |

*Tab.195*

| Indicatore di risultato | Strumenti e Resp. Monitoraggio | | Scadenze | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Obiettivo** | | | | | | |
| **1-Vaccinazione esavalente (1)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **2-Vaccinazione MPR (2)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **3-Vaccinazione antinfluenzale** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **4-Screening Ca della Cervice** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **5-Screening Ca della** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **6-Screening Ca del Colon** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **7-Statistica CIA (D22Z – CIA 1)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **8-Statistica CIA (D22Z – CIA 2)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **9-Statistica CIA (D22Z – CIA 3)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **10-Incremento Attività Specialistica** | Portale | CUP Regionale | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **11- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | Mensile | Mensile | Mensile | Mensile |
| **14-Attività di Controllo nei Centri diagnostici** | Relazione | Dir.Distretti e C.di G. | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **15-Corretta gestione delle procedure della Privacy** | Relazione | Dir.Distretti e C.di G. | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **16-Prevenzione della corruzione-Monitoraggio trimestrale Indicatori PIAO** | Relazione | Dir.Distretti e C.di G. | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **17-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale** | Soft.Soresa | SO.RE.Sa | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **18-Attività di controllo sulla spesa farmaceutica convenzionata con controlli MMGG e incremento riunioni** | Relazione | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **19-Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e vigilanza sulla corretta attuazione da parte dei MMG sulle classi di priorità** | Software Regionale | Ser.CUP/DS | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **2-Giornate di degenza** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **3-Degenza media** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **5-Peso medio ricoveri ordinari** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **6-Indice di occupazione media** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **7-Ricoveri in day hospital** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **9-Ricoveri per Asma** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **10-Ricoveri per Gastroenterite Pediatrica** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **11-Ricoveri per BPCO** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **12-Ricoveri per Diabete** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **13-Ricoveri per scompenso** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **14-DH Diagnostici** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **15-DH Medici (accessi)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **16-Chiusura SDO in 72h** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **17-Degenza pre-operatoria** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **18-% Parti cesarei primari** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **20-% Ricoveri chirurgici** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **21-% Frattura femore >65** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **22-Governo delle liste di attesa dei ricoveri** | Soft. Regionale | Soresa | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario** | Soft.Soresa | Soresa | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **24-Adempimenti previsti nella scheda della Prev.Corruzione di cui al PIAO 2023** | Relazione | DS PPOO e C.di G. | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **25- Adempimenti Privacy** | Relazione | DS PPOO e C.di G. | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |

| *Indicatore di risultato* | *Strumenti e Resp. Monitoraggio* | | *Scadenze* | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **26-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio** | Software Spec. | S. Qualità | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| **27- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE-LDO,Dim.PS,Lab-Rad etc.)** | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| ***30-Obiettivi per la trasparenza (schede 1-14)*** | Portale | RT | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |
| ***31-Obiettivi per la Privacy (schede 1-7)*** | | Ref. Privacy | 31/3/25 | 30/6/25 | 30/9/25 | 31/12/25 |

*Tab.196*

| *Obiettivi istituzionali* | *Strumenti e modalità del controllo* | *Competenza* | *Frequenza* |
|---|---|---|---|
| **Obiettivi di riorganizzazione** | Relazione | Direzione Aziendale | Semestrale |
| **La comunicazione sanitaria** | Relazione | URP | Semestrale |
| **Obiettivi economici** | SAP -Siac | S. Economico Finanziar. | Trimestrale |
| **Obiettivi gestionali** | Portale Aziendale | C.di Gestione | Trimestrali |
| **Obiettivi del Sistema di garanzia (NSG)** | Portale Aziendale | C.di Gestione | Trimestrali |

*Tab.197- Ulteriori Monitoraggio Obiettivi*

## *12.2 Monitoraggio misure anticorruzione e indicatori di monitoraggio*

| *Rischi esterni di rilevanza per l'ASL Caserta* | *Misure di contrasto* |
|---|---|
| **Infiltrazioni camorristiche e nelle procedure di affidamento ed esecuzione di contratti pubblici;**<br><br>**Pressioni provenienti da soggetti appartenenti alle cosche camorristiche ovvero da soggetti appartenenti a lobbies;**<br><br>**Possibili condotte agevolative in favore di dipendenti dell'ASL autori di condotte aventi rilevanza penale.** | • Verifiche e controlli Antimafia;<br>• Patto di Integrità |

*Tab.198: Mis.1 - Misure di contrasto da Rischi di rilevanza derivanti dal contesto esterno alla ASL di Caserta*

| *Misure* | *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Tempistica dell'attuazione* | *Indicatore di monitoraggio* | *Valori attesi* |
|---|---|---|---|---|---|
| **Codice di comportamento aziendale** | Monitoraggio del Codice | Direttori U.O.C./UPD | In essere | Report sulle risultanze del monitoraggio | Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice |
| | | Dirigenti/RPCT | Entro dicembre 2025 | | |
| | Flussi informativi verso i RPCRT | Direttori U.O.C./UPD | Entro il 20 Novembre di ogni anno | Scheda di rendicontazione Formazione | |
| | | Dirigenti/RPCT | | | |
| | Avvisi al personale | Dirigente U.O.C. GRU | Ad evento | Avviso sul sito | |
| | | RPCT | | Corsi Formazione | |

*Tab.199: Mis.2 - Programmazione-Progettazione degli Adempimenti previsti dal codice di Condotta*

| *Misure* | *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Tempistica dell'attuazione* | *Indicatore di monitoraggio* | *Valori attesi* |
|---|---|---|---|---|---|
| **Rotazione ordinaria del personale** | Definire e Aggiornare Regolamento della Rotazione del Personale | RPCT (impulso) Direzione strategica U.O.C. GRU Direttori e Dirigenti interessati dalla misura | Entro Settembre 2025 | N. di dirigenti e funzionari per i quali è stata applicata la rotazione | Verifica di operatività della rotazione del personale nei tre anni (Riferimento alle schede rischi e alle misure di mitigazione con le relative percentuali di attuazione) |
| **Rotazione Straordinaria del personale** | Monitoraggio e verifica rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, | RPCT/UPD<br><br>Direttori e dirigenti interessati alla misura | Ad avvenimento e comunque entro Dicembre 2025 | Verifica e monitoraggio degli eventi con cadenza annuale (Dicembre 2025-'26 e '27) | Verifica operatività della rotazione straordinaria dei casi esaminato |

*Tab.200: Mis.3 - Programmazione delle misure di Rotazione del Personale*

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|---|---|---|
| **Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi** | Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (Dirigenza, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane RPCRT (impulso) | Contestuale alle nomine e agli incarichi | Dichiarazione resa dall'interessato Risultanze della U.O.C. GRU e monitoraggio e controllo sulla veridicità delle dichiarazione nei tre anni | Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi" |
| | | | | | |

*Tab.201: Mis.4 - Programmazione delle misure di conflitti di interesse*

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|---|---|---|
| **Conflitti di interesse** | Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse negli atti di attribuzione degli incarichi | Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello) | Contestuale alle nomine e agli incarichi | Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi | Verifica a campione (Vedi schede rischi all.2) |
| | Aggiornamento degli schemi delle dichiarazioni standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di conflitti di interesse che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto di lavoro | Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello) | Contestuale alle nomine e agli incarichi | Aggiornamento dello schema di dichiarazione | Facilitazione ed efficacia dei controlli con frequenza e percentuali definite nelle schede di rischio (All.2) |
| | Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni | U.O.C. Affari generali RPCT (impulso e coordinamento) | Entro dicembre 2025 con revisioni annuali | Avvenuta adozione della Procedura | Verifica a campione (Vedi schede rischi all.2) |

*Tab.202: Mis.5 - Programmazione obblighi di Astensione in caso di Conflitti di Interesse*

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|---|---|---|
| **Formazione di livello generale** | Formazione e-learning e/o frontale di livello generale, verso tutti i dipendenti dell'ASL, in particolare dei nuovi assunti e /o stabilizzati dall'anno 2020 della durata di 3 ore sui temi dell'etica, dell'integrità (Disciplina anticorruzione e Trasparenza, PIAO, Codice di comportamento, Whistleblowing) | Dirigente responsabile della formazione | Entro Dicembre 2025 | Espletamento del percorso formativo. | Sensibilizzazione del personale sui temi trattati |
| | | RPCT (selezione del personale interessato) | Completamento delle sessioni del corso di Formazione avviato nel 2024 e nuovi corsi per il 2025 come da piano dii formazione | Attestazione di partecipazione | |
| **Formazione di livello specifico RPC e RT** | Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico | | Entro 30 Ottobre 2025 | Test di apprendimento | Aggiornamento del RPCRT |
| **Formazione di livello specifico Referenti, Dirigenti, P.O. e personale selezionato dal RPCT in relazione alla rischiosità dell'Area di appartenenza (Area sanitaria e PTA)** | Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico (nuovi ingressi e settori selezionati) | | Inizio del Nuovo corso 2025 | | Aggiornamento del personale coinvolto<br>Maggiore padronanza degli strumenti per l'attuazione del PTPCT |

*Tab.203: Mis.6 - Programmazione dell'Attività Formativa 2025*

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)*** | Dichiarazione nei bandi di gara e/o incarichi da parte dei contraenti di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 c,16ter D.lgs. 165/01 | Dirigenti delle UO:<br>- Gestione del Patrimonio Immobiliare;<br>- UOC STM;<br>- UOC GRU;<br>- UOC Tecnologie Sanitarie;<br>- UOC Provveditorato;<br>- UOC CIG e S.I. | Contestuale alla definizione delle gare | Risultanze dell'audit del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard | Intensificazione dei controlli |
| | Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Contestuale alle nomine | Verifiche a campione con % definita nelle schede rischi | Copertura del 100% nei contratti e nelle note di pensionamento |
| | Flussi informativi verso il RPCT | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate | Monitoraggio trimestrale |
| | Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Dichiarazione archiviata | Monitoraggio periodico |

*Tab.204: Mis.7- Programmazione Misure di Pantouflage*

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)*** | Dichiarazione nei bandi di gara e/o incarichi da parte dei contraenti di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 c,16ter D.lgs. 165/01 | Dirigenti delle UO:<br>- Gestione del Patrimonio Immobiliare;<br>- UOC STM;<br>- UOC GRU;<br>- UOC Tecnologie Sanitarie;<br>- UOC Provveditorato;<br>- UOC CIG e S.I. | Tempestivo | Risultanze dell'audit del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard | Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni |
| | Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Contestuale alle nomine | | |
| | Flussi informativi verso il RPCT | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate | Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni |
| | Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Dichiarazione archiviata | Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni |

*Tab.205: Mis.8 - Programmazione misure Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici*

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Inconferibilità e Incompatibilità (D.lgs. 39/2013)*** | Inserimento delle cause di inconferibilità e incompatibilità negli atti di attribuzione degli incarichi | Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello) | Contestuale alle nomine | Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi | Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni |
| | Aggiornamento degli schemi delle dichiarazioni standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto | Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello) | Contestuale alle nomine | Aggiornamento dello schema di dichiarazione | Facilitazione ed efficacia dei controlli |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni | U.O.C. Affari generali RPCT (impulso e coordinamento) | Entro Giugno 2025 | Avvenuta adozione della Procedura | Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni |

*Tab.206: Mis.9 - Programmazione delle misure di Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Frequenza monitoraggio* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi** | Direttori U.O.C. Farmacie Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti Dipartimenti | Semestrale | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | | Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico) |
| | | | Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza; |
| | | | Proroghe e rinnovi sul totale affidamenti (quantità e valore). |

*Tab.207: M10- Programmazione misure Forniture Farmaci e Presidi*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Frequenza monitoraggio* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Monitoraggio Servizi esternalizzati** | Direttori U.O.C. Provveditorato, Serv. Tecnologie Informatiche. Serv. C. di Gestione Direzione PP.OO, Direzione Distretti Dipartimenti Tecnologie sanitarie Serv. Tecnico Manutentivo Patrimonio | Semestrale | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | | Affidamenti tramite MEPA/affidamenti complessivi (quantità e valore) |
| | | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | | n. indagini MEPA per la stessa tipologia di servizio/fornitura per anno |
| | | | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte agg. |
| | | | N. Gare MEPA con valore di poco inferiore a 40.000 euro/indagini MEPA complessive |
| | | | Numero di affidamenti sotto soglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia |
| | | | Percentuale di gare con un'unica offerta valida |
| | | | Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale |

*Tab.208: Mis.11 - Programmazione misure Servizi Esternalizzati*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Frequenza monitoraggio* | *Tempistica dell'attuazione* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|---|
| **Monitoraggio Acquisto Materiale Economale** | Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti | Semestrale | 2025-2026-2027 | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | | | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie |
| | | | | Percentuale di gare con un'unica offerta Valida |

*Tab.209: Mis.12 - Programmazione misure Acquisto Materiali Economali*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Monitoraggio* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso** | Direttori U.O.C. Provveditorato, Serv. Tecnologie Informatiche | Semestrale | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie |
| | | | Percentuale di gare con un'unica offerta Valida |
| | | | Numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero di acquisti totali |

*Tab.210: Mis.13 - Programmazione misure Acquisto materiale Hardware- Software*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Monitoraggio* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Monitoraggio** | | Semestrale | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Acquisti dell'Area delle Tecnologie Sanitarie** | Direttori U.O.C.<br>Provveditorato<br>Ingegneria Clinica | | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie |
| | | | Percentuale di gare con un'unica offerta Valida |

*Tab.211: Mis.14 - Programmazione misure Area Tecnologie Sanitarie*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Monitoraggio* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica** | Direttori U.O.C.<br>Provveditorato<br>STM, Patrimonio<br>Ingegneria Clinica<br>Distretti, PP.OO. | Semestrale | Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo |
| | | | Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando. |
| | | | Analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sotto soglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara. |

*Tab.212: Mis.15 - Programmazione misure Area Tecnica Manutentiva*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Tempistica dell'attuazione* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Monitoraggio Selezione del Contraente** | Direttori U.O.C.<br>Provveditorato<br>Tecnologie Sanitarie<br>STM, Patrimonio<br>Tecnologie Sanitarie<br>Distretti, PP.OO.<br>Dipartimenti | Semestrale | Conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta |
| | | | Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale. |

*Tab.213: Mis.16 - Programmazione misure selezione del Contraente*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Tempistica dell'attuazione* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Esecuzione del Contratto** | Direttori U.O.C.<br>Provveditorato<br>Ingegneria Clinica<br>STM, Patrimonio<br>Tecnologie Sanitarie<br>Distretti, PP.OO.<br>Dipartimenti | Semestrale | Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati. |
| | | | Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. |
| | | | Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e rapportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi |

*Tab.214: Mis.17 - Programmazione misure Esecuzione del Contratto*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Tempistica dell'attuazione* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione del Contratto** | Direttori U.O.C.<br>Patrimonio | Semestrale | Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati. |
| | | | Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. |
| | | | Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e rapportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi |

*Tab.215: Mis.18 - Programmazione misure Gestione del Patrimonio*

| *Azioni* | *Responsabile dell'attuazione* | *Tempistica dell'attuazione* | *Indicatore di monitoraggio* |
|---|---|---|---|
| **Gestione dei pagamenti** | Direttori U.O.C.<br>Provveditorato;<br>Ingegneria Clinica<br>STM, Patrimonio<br>Tecnologie Sanitarie<br>Distretti, PP.OO.<br>Dipartimenti<br>Controllo Case di cura e centri privati accreditati | Semestrale | La piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito della trasparenza della programmazione dei pagamenti in rigoroso ordine cronologico; la gestione contabile–patrimoniale trasparente delle risorse; la rotazione dei funzionari proposti |

*Tab.216: Mis.19 - Programmazione misure Gestione Pagamenti*

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---|---|
| **Reclutamento del personale Incarichi e nomine** | Direttore U.O.C. GRU | La verifica a campione delle autocertificazioni dei Commissari di Concorso in particolare art. 3 D.lgs. 39/13 va effettuata almeno ogni sei mesi con percentuali crescenti nei tre anni | Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018); Criteri di scelta di commissioni di concorso neutrali e competenti |

*Tab.217: Mis.20 - Programmazione misure di Reclutamento Personale*

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---|---|
| **ALPI** | Struttura di supporto ALPI | Verifica degli indicatori di monitoraggio con frequenza trimestrale sulla base dei dati rilevati dal CUP | 1- numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe);<br>2-numero di prestazioni erogate in extra moenia rendicontate / rispetto ad una valutazione della particolare competenza e specializzazione del medico (valutazione soggettiva) |

*Tab218: Mis.21 - Programmazione Misure ALPI*

| Area di Rischio | Processi | Tempistica di attuazione | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|
| **Liste d'attesa** | Direttori U.O.C. AA.GG.<br>Dirigenti ALPI | Verifica degli indicatori di monitoraggio con frequenza trimestrale sulla base dei dati rilevati dal CUP | Carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali;<br>Garantire un adeguata apertura ambulatoriale nei PP.OO.<br>Applicazione del Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa.<br>Corretta identificazione degli spec. che effettuano prestazioni ambulatoriali nell'ambito delle equipe ospedaliere |

*Tab.219: Mis.22 - Programmazione misure per le liste di attesa*

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Procedura | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---|---|---|
| **Controlli nelle strutture accreditate** | Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate | Delibera az.1155/2021 | Verifica mensile sulla base delle linee guida definite in delibera | Numero controlli in situ di commissioni preposte; Confronto delle COM degli ultimi tre anni; Confronto dei Tetti di spesa negli ultimi tre anni per centro; Verifica del Nr. di Commissioni nominate per controlli in situ; Adozione di procedure interne relative ai controlli |

*Tab.220: Mis.23 - Programmazione misure Controlli nelle Strutture Accreditate*

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| **Attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria** | Rilascio pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni di stabilimenti | Parere per riconoscimento stabilimenti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; | Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 10% delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP<br>Rotazione del personale.<br>Verifica conflitto di interesse |
| | | Registrazione stabilimenti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; | Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 5% delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP<br>Rotazione del personale.<br>Verifica conflitti interesse |
| | | Autorizzazione trasporto animali | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; | Regolamentazione intera.<br>Verifiche e Controlli in merito alla corretta applicazione delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia da parte del Direttore di UOC. Rotazione del personale preposto all'istruttoria;<br>Verifica conflitti di interesse |
| | Effettuazione di controlli ufficiali ed altre attività in | Azioni in caso di non conformità | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del | Regolamentazione interna<br>Supervisioni/Controlli<br>Rotazione del personale; |

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| | materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria | | procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale | Verifica conflitti di interesse |
| | Piani di Profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, infestive, diffusive e zoonotiche negli animali domestici e non | Ispezioni di legge Verifica documentazione e Predisposizione di atti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. | Regolamentazione interna. Verifiche e Controlli del corretto adempimento dei piani di profilassi da parte del Direttore di UOC sostanziati in Report Semestrali Rotazione del personale; Trasparenza; Verifica conflitti di interessi |

*Tab.221: Mis.24 per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria*

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| **Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione documenti, Educazione sanitaria** | Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (mod.4 certificazioni avicuniculi) | Verifica documentazione Predisposizione di atti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni | Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Verifica conflitto interessi. Rotazione personale addetto |
| | Attestazioni per trasporto animali vivi | Verifica documentazione Predisposizione di atti | False attestazioni e/o certificazioni | Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto |
| | Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse | Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. Omissione di rilievi | Rotazione del personale Supervisione da parte del Direttore UOC; Verifiche ispettive interne; Verifica conflitto di interesse |
| | Certificato per movimentazione extracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi | Verifica documentazione Predisposizione di atti | 1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni | Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto |

*Tab.222: Ulteriori misure per la Veterinaria.*

| Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|
| **Rilascio esenzioni ticket** | Richiesta utente, verifica presupposti, rilascio esenzione | 1) Indebito riconoscimento del diritto di esenzione ticket finalizzato a favorire determinati soggetti;2) Interesse esterno;3) Discrezionalità del processo | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse |
| **Esame ricorsi Recupero ticket (D.M. 11/12/2009 "Verifica delle esenzioni"** | Presentazione istanza di annullamento o di rateizzazione della sanzione/verifica /annullamento sanzione o autorizzazione rateizzo | 1) Indebito annullamento o rateizzo della sanzione finalizzato a favorire determinati soggetti;2) Interesse esterno;3) Discrezionalità del processo | Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) adozione di una procedura di controllo da parte del Direttore del Distretto Sanitario |

| *Processi* | *Attività/Fasi del processo* | *Fattori abilitanti del rischio* | *Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027* |
|---|---|---|---|
| **Scelta e revoca Medico: Medico Medicina Generale /Pediatra di Libera scelta** | Richiesta utente | Mancanza di trasparenza nelle informazioni fornite all'utenza per la scelta del MMG e/o PLS | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse; 5) Misure di trasparenza; 6) Pubblicazione e aggiornamento sul Sito Aziendale dell'elenco dei MMG e PLS con n. scelte; 7) Attivazione scelta e revoca on line |
| **Autorizzazione ed Erogazione diretta presidi ed ausili sanitari** | Richiesta e acquisizione/verifica documentazione | Discrezionalità nell'autorizzazione/ prescrizione di dispositivi finalizzata ad ottenere indebiti vantaggi per sé o altri | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse |
| **Prenotazione visite specialistiche / prestazioni consultoriali /ADI** | Richiesta prenotazione al CUP | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi |
| **Autorizzazioni per ricoveri sanitari extraregione** | Istanza utente, verifica documentazione autorizzazione | Elusione/Omissione di procedure e prescrizioni di Legge (Regionale e Nazionale) al fine di favorire determinati soggetti rispetto ad altri) | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse |
| **Servizio trasporto emodializzati** | Assegnazione pazienti alle associazioni per trasporto ai Centri dialisi | Discrezionalità nell'assegnazione assistiti dializzati alle associazioni di trasporto finalizzata a favorirne alcune | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse |
| **Liquidazione / pagamenti / rimborsi: ausili, presidi e protesi, spese sanitarie, viaggio e alloggio, spese viaggio pazienti dializzati, ossigeno-terapia convenzionati esterni** | Istanza/fattura, verifica presupposti, provvedimento liquidazione | Discrezionalità nella predisposizione degli atti con possibilità di favorire fornitori in mancanza di documentazione regolare. Omissione di controllo | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse |
| **Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale** | Richiesta prenotazione al CUP | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa. Impropria riserva di posti | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi |
| **Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 L.833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali** | Verifica documentazione autorizzazione | Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri. | 1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse |

*Tab.223: Mis.25 per l'area dell'assistenza distrettuale*

| *Area di Rischio* | *Processi* | *Attività/Fasi del processo* | *Fattori abilitanti del rischio* | *Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027* |
|---|---|---|---|---|
| **Riscossione ticket sanitari** | Contabilità e registrazione proventi<br>Rendicontazione trimestrale cassa automatica | Istruzione pratiche, valutazione recupero Pagamento prestazioni codice bianco Eventuale esonero | Non corretta o parziale applicazione della normativa vigente in materia o mancata notifica di recupero credito | Rotazione del personale - Verifiche periodiche |
| **Front office CUP** | Prenotazione visite ambulatoriali<br>Prenotazione ricoveri Ordinari<br>Prenotazione ricoveri in D.H.<br>Prenotazione ricoveri DS | Gestione accesso alle Prestazioni Gestione attività di prenotazione | 1) Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti;2) Mancato rispetto della lista di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri (DH e Ordinari) | Rotazione del personale. Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative |
| **Attività della direzione sanitaria dei PP.OO.** | Compilazione turni di servizio | Pianificazione dei turni | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati dipendenti | Applicazione dei corretti canoni di turnazione previsti dai CC.NN.LL.; Rotazione del personale preposto alla redazione dei Turni. Verifica a campione da parte del DS |
| | Controllo qualità e quantità del vitto | Verifica periodica della qualità e quantità del cibo nei locali cucina del nosocomio | Omesso controllo/vigilanza o controlli parziali e non tempestivi | Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo |

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| | Controllo qualità delle pulizie e gestione rifiuti ospedalieri | Verifica periodica del corretto deposito dei rifiuti ospedalieri e della loro rimozione | Omesso controllo/vigilanza | Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo |
| | Attività Libera Professionale Intramoenia (Ambulatoriale– Ricovero) | Individuazione degli spazi degli operatori Monitoraggio dei pagamenti | Omesso controllo/vigilanza | Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza mediante pubblicazione sul sito web aziendale dei dati sui tempi di attesa, aggiornati settimanalmente. Blocco sul sistema CUP che impedisce di utilizzare una ricetta più di una volta Monitoraggio dei pagamenti- Controlli a campione |
| **Sperimentazioni farmacologiche** | Sperimentazioni farmacologiche | Partecipazione di Medici a studi osservazionali sponsorizzati da industrie farmaceutiche | Elusione di norme e procedure di legge per favorire lo sponsor Possibile conflitto di interesse | Verifiche e controlli sul rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento aziendale Rotazione del personale. Verifica dichiarazione assenza di conflitto. |
| **Attività della direzione sanitaria dei PP.OO.** | Gestione agende ambulatoriali e monitoraggio liste di attesa | Tenuta ed aggiornamento delle Lista di attesa e delle agende ambulatoriali | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio | Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende ambulatoriali. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto |
| | Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preceduto da accessi ambulatoriali in libera professione | Tenuta ed aggiornamento delle Lista di attesa e delle agende di ricovero | Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio | Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende di ricovero. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto |
| | Gestione contrattuale biancheria | Movimentazione biancheria | Possibile sottrazione di biancheria in reparto | Registro di carico e scarico informatizzato Verifiche e controlli periodici |

*Tab.224: Miss. 26- Programmazione misure Area Ospedaliera*

## *12.3 Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)*

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| **Attività correlate al decesso in ospedale** | Attività connesse al Decesso intraospedaliero | Gestione quotidiana decessi intraospedalieri | Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati (es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario | Rotazione del personale sanitario, Obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso, Dichiarazione assenza conflitto di interessi Adozione di una procedura nella quale si specifica che: le ditte di onoranze funebri non possono e non devono accedere nelle camere mortuarie in assenza di incarico delle famiglie del deceduto. |

| Area di Rischio | Processi | Attività/Fasi del processo | Fattori abilitanti del rischio | Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027 |
|---|---|---|---|---|
| **Attività correlate ai referti di PS** | Attività connesse ai referti di Pronto Soccorso | Attività dei Medici di Pronto Soccorso che refertano gli accessi non seguiti da ricovero | 1) Manomissione del referto per accessi non seguiti da ricovero;2) Induzione da parte degli utenti per frodare compagnie assicurative; 3) Valenza esterna;4) Mancata rotazione del Personale per carenza di organico | 1) Obbligo di informatizzare il100% dei referti ed in caso di blocco del sistema informatico attivare registro cartaceo con protocolli consecutivi ed orario; 2) Controlli periodici della Direzione Sanitaria sul registro sia informatico che cartaceo. 3) Rotazione del personale; 4) Obbligo di firma digitale |

*Tab.225: Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)*

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Obiettivi |
|---|---|---|---|
| **I PTRI le UVI ed i Cogestori** | Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario | Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori | 100 % controlli requisiti nel 2025/'26 e'27 |
| | | Rotazione dei responsabili dei controlli | Rotaz 30 % nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27 |
| | | Verifica dei report distrettuali al Coordina-mento Socio sanitario | 100% nei tre anni |

*Tab.226: Mis.27 - Programmazione misure PTRI-Cogestori*

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Obiettivi |
|---|---|---|---|
| **Spesa farmaceutica convenzionata ed interna** | Direttori U.O.C. Dipartimento Farmaceutico | N. dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per rapporti con fornitori, Farmacie convenzionate etc/ rispetto al n. di farmacisti del Dip. Farmaceutico | 100% delle autocertificazioni |
| | | Obbligo delle dichiarazioni di assenza di conflitto per partecipazione a congressi, convegni con sponsorizzazione di aziende farmaceutiche e di prodotti sanitari con pubblicazione su specifica sezione del Sito. Nr. di dichiarazioni /su professionisti partecipanti | 100% delle dichiarazioni pubblicate |
| | | Nr. dei report notificati ai singoli MMG e PLS | 8 report nel '25;10 report nel '26 e 12 nel '27 |

*Tab.227: Mis.28 - Programmazione misura Spesa Farmaceutica*

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2024 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---|---|---|
| **Formalizzazione dei responsabili della procedura antiriciclaggio; Acquisizione ed implementazione dell'applicazione telematica per le segnalazioni all'UIF** | Direttore Generale; Direttori UOC C.I.G e Serv. Tecnologie Informatiche Trasparenza, Privacy e Anticorruzione (input) | | Entro giugno 2025 | Atto di nomina; Implementazione dell'Applicazione telematica delle segnalazioni all'UIF. |

*Tab.228: Mis.29 - Programmazione misure Antiriciclaggio*

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2024 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Whistleblowing*** | Implementazione procedura segnalazioni tramite Acquisizione applicativo informatico ANAC; | Direttore UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione (impulso) | | Già Attuato | Acquisizione e collaudo applicativo informatico ANAC; Pubblicazione sul sito web aziendale dell'applicativo informatico ANAC. |
| | Comunicazione sul sito web aziendale dell'adozione dell'applicativo informatico ANAC. | | | Già Attuato | |

*Tab.229: Mis.29 - Programmazione misure Whistleblowing*

## 12.4 Monitoraggio misure trasparenza e indicatori di monitoraggio

| Area strategica | Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | Indicatore | Risultato 2025 | Target 2026 | Fonte dati | Responsabile Monitoraggio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Trasparenza*** | Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013 | Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati | Dati pubblicati entro il termine normativo - totale dati pubblicati | Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati | 100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza | Sito aziendale Responsabile Trasparenza ; Documento di attestazione trasparenza OIV | RT |

*Tab.230: Monitoraggio misure trasparenza*

| Area strategica | Fonte dati | Responsabile Monitoraggio |
|---|---|---|
| ***Monitoraggio per la rilevazione quantitative e qualitative degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per contare gli accessi alla sezione*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine web in cui è strutturata la sezione*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se la ha già consultata in precedenza*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccoglierne i giudizi*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| ***Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini*** | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |

*Tab.231: Monitoraggio misure trasparenza*

## *12.5 Monitoraggio attuazioni norme della Privacy*

| Area Tematica | Obiettivo 2025 | Indicatore | Tempi di attuazione | Verifica |
|---|---|---|---|---|
| ***Individuazione dei dipendenti e dei singoli operatori anche non titolari di contratto di lavoro/incarico (a titolo esemplificativo : frequentatori volontari, borsisti, stagisti, specializzandi, tirocinanti ecc..) afferenti alla propria Struttura , quali Autorizzati al trattamento dei dati .*** | 100% | *Numero istruzioni consegnate /Numero dipendenti_collaboratori autorizzati assegnati alla Struttura* | Tempestivo | *Semestrale* |
| ***Verifica e monitoraggio circa l'espletamento, da parte di tutti i dipendenti, del corso privacy obbligatorio*** | 100% | *Numero dipendenti collaboratori che hanno effettuato la formazione privacy obbligatoria/Numero dipendenti_collaboratori assegnati alla Struttura* | Tempestivo | *Semestrale* |
| ***Corretta attuazione della procedura di Nomina del responsabile esterno del trattamento dei dati (ex art. 28 Reg. UE 679/2016) di cui alla Delibera n. 1053 dell'11.07.2022*** | 100% | *Numero Atti di Nomina ex art. 28 Reg. UE 679/2026/ Numero di affidamenti aventi ad oggetto trattamento dati* | Tempestivo | *Semestrale* |
| ***Corretta attuazione delle disposizioni aziendali in materia di pubblicazione degli atti (rispetto delle norme sulla privacy)*** | 100% | *Verifiche a campione degli atti di competenza Dirigenziale.* | *Tempestivo* | *Semestrale* |

*Tab.232: Monitoraggio attuazione norme privacy*

*Allegato 1: Elenco obblighi di pubblicazione sezione Amministrazione Trasparente*

*Allegato 2: Elenco obblighi di pubblicazione sottosezione "Bandi di gara e contratti" da applicare ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° gennaio 2024*

*Allegato 3: Schede mappatura dei rischi*