



ASL Caserta

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione -

PIAO 2022 - 2024

Sommario

| | |
|---|----|
| PREMESSA..... | 5 |
| Sezione 1 – Anagrafica dell’amministrazione..... | 6 |
| Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione..... | 7 |
| 2.1 Sottosezione di programmazione – Valore pubblico..... | 7 |
| 2.2 Sottosezione di programmazione – Il Piano della Performance..... | 13 |
| Obiettivi di salute e linee strategiche..... | 13 |
| Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance..... | 13 |
| Gli indicatori..... | 14 |
| Requisiti degli indicatori..... | 14 |
| Metodologia Aziendale applicata..... | 14 |
| Timing del Processo..... | 14 |
| L’individuazione degli obiettivi strategici..... | 14 |
| Il paziente in età pediatrica..... | 16 |
| La fase pre-concezionale..... | 16 |
| La fase prenatale..... | 17 |
| La tutela della nascita..... | 17 |
| Il paziente cronico e/o fragile..... | 17 |
| Area Non autosufficienza e Anziani..... | 18 |
| Area delle Cure palliative..... | 18 |
| L’Assistenza domiciliare..... | 18 |
| La Salute Mentale..... | 19 |
| I disturbi del neuro-sviluppo dell’età evolutiva..... | 19 |
| Le dipendenze patologiche..... | 20 |
| La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale..... | 24 |
| Prevenzione malattie croniche non trasmissibili..... | 25 |
| Il paziente oncologico..... | 25 |
| Prevenzione patologie oncologiche..... | 25 |
| Prevenzione patologie cardiovascolari..... | 27 |
| Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata..... | 27 |
| Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell’aderenza alle terapie..... | 28 |
| Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti..... | 28 |
| Incentivazione dell’utilizzo dei farmaci biosimilari..... | 28 |
| Distribuzione per Conto (DPC)..... | 28 |
| La gestione delle liste di attesa-Governo dell’offerta, appropriatezza e tempi di attesa..... | 28 |
| Governo dell’offerta e dell’appropriatezza prescrittiva ed erogativa..... | 29 |
| Obiettivi di riorganizzazione..... | 29 |
| Riorganizzazione dei distretti sanitari..... | 29 |
| La comunicazione sanitaria..... | 31 |
| Obiettivi Economici..... | 31 |
| Tempestività dei pagamenti..... | 31 |
| Certificabilità dei Bilanci del SSR..... | 31 |
| Obiettivi amministrativi e gestionali..... | 31 |
| Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione..... | 33 |
| Schede delle misure di prevenzione 2022-2024..... | 34 |
| Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza..... | 48 |
| Coerenza con le norme della Privacy (GDPR)..... | 49 |
| Obiettivi Lea. Sistema di garanzia..... | 50 |
| Riepilogo obiettivi distrettuali..... | 54 |
| <i>Orientamenti/Trend di riferimento per l’anno budget (2022-2024)</i> | 54 |
| Area dell’Assistenza Ospedaliera..... | 55 |
| <i>Orientamenti/Trend di riferimento per l’anno budget (2022)</i> | 55 |
| Obiettivi nell’ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19..... | 57 |
| 2.3 Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza..... | 58 |
| Analisi del Contesto..... | 58 |
| Le condizioni socio economiche..... | 59 |
| La sicurezza nella provincia di Caserta..... | 60 |

| | |
|--|-----|
| Rischi relativi al contesto esterno e misure a contrasto | 61 |
| Soggetti Aziendali coinvolti nella Prevenzione della Corruzione | 62 |
| Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione..... | 63 |
| Il Responsabile aziendale per la Trasparenza | 66 |
| Il RASA [responsabile anagrafe stazione appaltante]" | 67 |
| L'OIV e gli Organismi di Controllo Interno | 69 |
| L'Ufficio Procedimenti Disciplinari [U.P.D]. | 70 |
| Misure Generali- Procedure e misure adottate e/o realizzate- Programmazione e Progettazione futura | 70 |
| Rotazione degli incarichi..... | 72 |
| Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità | 79 |
| La Gestione dei conflitti di interesse..... | 79 |
| Nuovo sistema di rilevazione delle presenze con lettori biometrici | 82 |
| Formazione obbligatoria in temadi anticorruzione..... | 82 |
| Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors) | 85 |
| Procedure di gara nella ASL di CASERTA- e gli Indicatori di Monitoraggio | 97 |
| Procedure di Gara per la fornitura di farmaci e presidi | 97 |
| Affidamenti servizi esternalizzati | 98 |
| Procedure di acquisto di materiale e c o n o m a l e | 100 |
| Procedure di gara area tecnologie Sanitarie | 102 |
| Procedure di gara area tecnico manutentiva | 103 |
| Gare dell'Area Tecnica analisi per singola fase | 103 |
| Gestione del Patrimonio dell'ASL Caserta | 112 |
| La gestione dei pagamenti | 112 |
| Monitoraggio negli ambiti più frequenti di corruzione in Sanità | 113 |
| Attività ALPI | 119 |
| Liste di attesa..... | 120 |
| Controlli nelle strutture accreditate | 121 |
| Attività di vigilanza, controlli, ispezioni | 125 |
| I PTRI le UVI ed i Cogestori..... | 127 |
| Spesa farmaceutica convenzionata ed interna..... | 131 |
| Ulteriori misure di controllo sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, sul rispetto delle liste di attesa e sui tetti di spesa dei centri accreditati..... | 132 |
| Prestazioni specialistiche ambulatoriali sia per i centri accreditati che per le strutture pubbliche | 132 |
| Reclutamento del Personale ed Appalti nell'Emergenza Coronavirus in Italia | 133 |
| La politica del Wistleblowing..... | 140 |
| La Normativa Antiriciclaggio e l' Azienda Sanitaria Locale di Caserta | 145 |
| Analisi ed adempimenti relativi..... | 145 |
| 2.4.Sottosezione di programmazione-Trasparenza e accessibilità..... | 156 |
| 2.4.1 Obiettivi strategici | 156 |
| Procedura per la pubblicazione dei dati..... | 159 |
| Obblighi di pubblicazione e applicabilità dell'art. 14, comma 1-bis, lettera f) del d. lsg. 33/2013..... | 161 |
| Controllo e monitoraggio..... | 163 |
| 2.4.2 Accesso civico..... | 163 |
| Registro degli accessi..... | 164 |
| Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti | 165 |
| Incarichi e nomine..... | 165 |
| Incarichi dirigenziali di struttura complessa | 166 |
| Incarichi Direttore di Dipartimento..... | 167 |
| Incarichi Direttore di Distretto o di Presidio Ospedaliero | 167 |
| Incarichi di Direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale | 168 |
| Incarichi di Direzione di struttura semplice quale articolazione interna di strutture complesse | 168 |
| Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio ed incarichi professionali di base | 169 |
| Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria..... | 169 |
| Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992 | 169 |
| Norme generali sui concorsi..... | 170 |
| Attività successive alla cessazione del servizio | 171 |
| Piano della Performance ed il sistema di misurazione e valutazione della Performance | 172 |
| Ruolo dell'Organismo Indipendente di Valutazione..... | 174 |
| Il coinvolgimento degli Stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento | 174 |

| | |
|--|-----|
| 2.4.3 La Gestione della Privacy all'interno dell'ASL di Caserta | 175 |
| Pubblicazione di dati, informazioni e documenti non oggetto di obbligo di pubblicazione ("Dati ulteriori") -Sito Aziendale | 175 |
| Attività COVID | 178 |
| Pubblicazione delle Banche Dati | 181 |
| Sezione 3. Organizzazione e capitale umano | 182 |
| 3.1 Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa | 182 |
| 3.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile | 185 |
| 3.3 Sottosezione di programmazione . Pari opportunità e bilancio di genere | 191 |
| 3.4 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale | 194 |
| Variazione dell'organico in funzione dello stato di avanzamento delle procedure | 196 |
| Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2021-2023 | 202 |
| 3.5 Sottosezione di programmazione - Formazione del Personale | 203 |
| Le proposte formative sono redatte in coerenza con gli obiettivi formativi annuali e pluriennali che il PIAO fissa). | 203 |
| 3.6 Sottosezione di programmazione – Digitalizzazione dei processi e degli accessi | 210 |
| Sezione 4. Monitoraggio | 217 |

PREMESSA

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

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

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

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Il PIAO sostituisce:

- il Piano della Performance, poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- il POLA 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, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano dell'anticorruzione e della trasparenza, così da raggiungere la piena trasparenza, nelle attività di organizzazione.

Il PIAO viene organizzato in quattro sezioni:

1) **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione.

2) **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, suddivisa in tre sottosezioni: "Valore Pubblico" dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici, "Performance" e "Rischi corruttivi e trasparenza".

3) **Organizzazione e capitale umano**, suddivisa in tre sottosezioni: "Struttura organizzativa" in cui viene presentato l'organigramma aziendale, i livelli di responsabilità organizzativa e l'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio; "Organizzazione del Lavoro Agile", "Piano triennale dei fabbisogni di personale", Bilancio di Genere e "Formazione del personale".

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

Sezione 1 – Anagrafica dell'amministrazione

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione | Azienda Sanitaria Locale Caserta |
| Sede | Via Unità Italiana n. 28 |
| Codice Fiscale | 03519500619 |
| Direttore Generale | Dott. Ferdinando Russo |
| Comparto di appartenenza | Azienda Sanitaria Locale |
| Sito web | www.aslcaserta.it |
| URP | urp@pec.aslcaserta.it |
| PEC | protocollo@pec.aslcaserta.it |
| Personale | 4.199 Dipendenti a tempo indeterminato al 31 dicembre 2021 |
| Personale | 542 Dipendenti a tempo determinato al 31 Dicembre 2021 |
| Personale | 200 Contratti flessibili (Co.Co.Pro. e Co.Co.Co.) al 31 Dicembre 2021 |
| Convenzionati | 526 Medici di Medicina Generale al 31 Dicembre 2021 |
| Convenzionati | 116 Pediatri di Libera scelta al 31 Dicembre 2021 |
| Convenzionati | 274 Specialisti Ambulatoriali al 31 Dicembre 2021 (Titolari) |
| Convenzionati | 182 Medici di Continuità assistenziale Titolari al 31 Dicembre 2021 |
| Presidi Ospedalieri | n. 7 Presidi Ospedalieri a gestione diretta con 762 posti letto |
| Distretti Sanitari | n. 12 Distretti sanitari con 27 poliambulatori |
| Dipartimenti Strutturali | Dipartimento di Prevenzione, Dip. Dipendenze Patologiche, Dip. Salute Mentale |
| Case di Cura Accreditate | n. 13 Case di Cura accreditate |
| Centri e lab. Diagnostici Accreditati | 249 Ambulatori e laboratori privati accreditati |
| Centri di Riabilitazione Accreditati | 18 Centri di Riabilitazione e 9 centri che erogano solo prestazioni di FKT |
| Bilancio di Previsione 2022 | 1.388.356.215 Euro |
| Popolazione | 918.760 |

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

In questa sottosezione vengono definiti i **risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici**, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

L'Azienda Sanitaria Caserta:

- **Si concretizza come una comunità di professionisti** (dal Dirigente, al Medico, all'Operatore Sanitario (Infermiere, Tecnico sanitario etc.) ai Tecnici impegnata ad accogliere il paziente come persona nella sua integralità. Obiettivo di tutti è costruire con la partecipazione del paziente percorsi di cura adeguati a rispondere ai suoi bisogni di salute.

- Assume la responsabilità di **creare valore pubblico** mettendo a disposizione le conoscenze e le abilità di tutti i professionisti per dare corpo a strutture sanitarie (Territorio e Ospedali) efficaci, integrate, appropriate, sicure ed efficienti.

- È un'**organizzazione multi-professionale e multidisciplinare** che non può essere gestita con le classiche regole di un'azienda produttrice di beni di consumo.

I dirigenti professionisti presenti in Azienda sono ciascuno un centro decisionale con grande autonomia. Tale necessaria autonomia, per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti, deve prestare particolare attenzione al lavoro di gruppo. I Professionisti sanitari sono tenuti a prendere decisioni sanitarie spesso importanti rispetto ai bisogni di salute posti dagli utenti. Da qui parte la responsabilità che l'Azienda deve assumersi.

Per realizzare questi obiettivi occorre:

- credere nel **primato delle relazioni umane con le persone** che scelgono di curarsi nella Nostra Azienda;

- farsi carico di una significativa e ben organizzata **formazione** dei nuovi operatori sanitari che vengono assegnati alle Strutture Aziendali.

- tendere alla **qualità**, quale migliore sintesi di efficacia, appropriatezza ed affidabilità dei servizi;

- accettare responsabilmente la sfida costituita dal superamento della visione "paziente-utente" verso la concezione della "**persona-cliente**"; capace cioè di scegliere (direttamente o attraverso il proprio medico di famiglia) la prestazione sanitaria più aderente alle proprie necessità ed aspettative, tra quante presenti sul territorio e di diventare un interlocutore attivo con i sanitari nella definizione del proprio percorso di cura.

- Considerare che i nostri ospedali non possono concepirsi separati da un proprio "territorio" – inteso non tanto come ambito burocratico/amministrativo ma, piuttosto, come luogo sociale di collegamenti e di "reti".

- Considerare il "territorio" non soltanto come l'ambito di influenza e di provenienza dei propri pazienti, ma un luogo sociale di relazioni e di sinergie con gli enti locali (espressione dei diritti di cittadinanza e del principio di sussidiarietà), con il terzo settore – volontariato e associazionismo – (espressione del principio di solidarietà) e con le organizzazioni di patronato e di tutela dei diritti (portatori di interessi generali e specifici).

Obiettivi Strategici

- **La riprogrammazione della centralità del Distretto Sanitario** e il conseguente riallineamento degli attuali Dipartimenti Strutturali (Prevenzione e Salute Mentale, delle Dipendenze), quale momento fondamentale per ridefinire la governance locale e l'assetto organizzativo degli ambiti distrettuali, nonché della individuazione delle diverse linee assistenziali da prevedere in ogni singolo distretto ovvero in un ambito ancora più esteso, quali le aree interdistrettuali;

- La presa in carico unitaria del paziente;

- **La riprogettazione delle cure primarie**, finalizzata a garantire un riassetto, **del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale**.

- **L'attivazione di diverse configurazioni di strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio**, per tener conto della molteplicità di variabili cliniche, professionali, organizzative e di sistema in funzione della quota crescente di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani;

- **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 potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali, nonché della telemedicina a domicilio**, come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio, essenziali anche per potenziare gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei processi e degli *outcomes* e dell'importante ruolo a supporto dei processi decisionali;

- 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.

2.1.1. Le determinanti del Valore Pubblico nella nostra Azienda:

La Salute in età pediatrica

- Rimodulare l'assistenza territoriale e definire una rete socio sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola organizzata sulle esigenze del bambino e dell'adolescente

- Assicurare adeguata assistenza ai minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare e ai minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale.

Obiettivi ed indicatori di monitoraggio

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|--|------------------------------|
| | - Fase prenatale | |
| | Il Paziente in età pediatrica | Tem. 1 |
| | La fase pre-concezionale | Tem. 2-5 |
| | Fase pre-natale | Tem.6-9 |
| | Tutela della nascita | Tem. 10 |
| | Disturbi del neuro-sviluppo dell'età evolutiva | Tem.29-30 |

Il Paziente cronico e/o fragile

La cronicità e la fragilità sono due facce di una stessa medaglia nella nostra visione perché necessitano di un percorso complessivo di presa in carico multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale, insomma un team. Entrambe richiedono integrazioni di servizi con un primario gestore del processo che viene individuato nel Medico di Medicina Generale o nel Pediatra di Libera Scelta. È intorno a questo nucleo centrale Medico/Paziente che si dipanano i setting assistenziali domiciliari, residenziali, ambulatoriali, alternandosi nella variabilità dell'espressione della malattia e ricondotti sempre all'unità dal case manager.

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| | Il paziente cronico e/o fragile | Tem.11-12 |
| | Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili | Tem.40-41 |

Il paziente disabile

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|--|------------------------------|
| | Servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali | - |
| | Area della disabilità | - |
| | Area non autosufficiente e anziani | Tem.13 |
| | La salute mentale | Tem. 21-28 |
| | Le dipendenze patologiche | Tem. 31-38 |

Le cure Palliative e l'assistenza domiciliare

E' necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza

Obiettivi ed indicatori di monitoraggio

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| | Assistenza Domiciliare; | Tem. 18-20 |
| | Presa in carico integrata Ospedale/Territorio | - |
| | Area delle Cure palliative | Tem. 14-17 |

Il paziente oncologico

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|--|------------------------------|
| Indicatori obiettivo di salute | La prevenzione delle patologie oncologiche | Tem. 42- |
| | Gli screening | Tem.43-49 |
| | Implementazione della rete oncologica | Tem. 42 |

La salute nella comunità

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|--|------------------------------|
| | La promozione della salute | Dip.Prev-1-39 |
| | La salubrità degli alimenti e la sanità pubblica veterinaria | Tem. 31-38 |
| | La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale | Tem 40 |

Una corretta politica del farmaco

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| | Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata; | Tem. 51-52 |
| | Monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche | Tem. 53-58 |
| | Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti | Tem. 63-64 |
| | Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari | Tem. 65-66 |
| | Attuazione della Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata; | Tem. 67 |
| | Farmacia dei servizi e dispositivi medici | Tem. 59-61 |

La qualità delle prestazioni specialistiche, dell'assistenza ospedaliera ed il governo degli accessi alle prestazioni

| Indicatori obiettivo di salute | Tipologia obiettivi | Riferimento scheda obiettivo |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| | La gestione delle liste di attesa | Tem. 68-71 |
| | Riorganizzazione dei distretti e delle reti | Tem. 72-86 |
| | Le reti tempo-dipendenti | - |

Programmare e misurare il valore pubblico

Di seguito vengono rappresentati i risultati ed il valore pubblico atteso dalla programmazione della performance 2022-2024 finalizzato ad incrementare il benessere e la salute collettiva programmando ex ante e misurando ex post gli obiettivi e i risultati attesi annuali e triennali, conseguenti alla strategia definita dall'Azienda. La misurazione dei sotto-elencati indicatori viene rilevata da uno specifico portale aziendale.

Obiettivi ed indicatori di monitoraggio

| Indicatore di risultato | Risultati anni precedenti | | | | Obiettivi 2022-2024 | | |
|---|---------------------------|--------|-------|-------------|---|--|--|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Obiettivo 2022 | Obiettivo 2023 | Obiettivo 2024 |
| 1-Vaccinazione esavalente (1) | 96,71 | 95,65 | 94,34 | 94,54 | >95% | >95% | >95% |
| 2-Vaccinazione MPR (2) | 93,54 | 94,76 | >92 | 93,99 | >95% | >95% | >95% |
| 3-Vaccinazione antinfluenzale | 51,58 | | | | >65% | >65% | >65% |
| 4-Screening Ca della Cervice | 29,96 | 32,48% | % | 10,93% | >25% | >25% | >25% |
| 5-Screening Ca della | 40,70% | 38,00% | 18,63 | 19,39% | >35% | >35% | >35% |
| 6-Screening Ca del Colon Retto | 26,20 | 25,64% | 9,94 | 4,5% | >25% | >25% | >25% |
| 7-Statistica CIA (D22Z - CIA 1) | - | | | 2,33 | 2,6 | 2,6 | 2,6 |
| 8-Statistica CIA (D22Z - CIA 2) | - | | | 1,94 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| 9-Statistica CIA (D22Z - CIA 3) | - | | | 2,09 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 12-Copertura % ambulatori della Cronicità | | | | Attivazione | 20% | 40% | 70% |
| 14-Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati | | | | | Rispetto temp. Del.Az. n.1155 del 17/07/2021 | Rispetto temp. Del.Az. n.1155 del 17/07/2021 | Rispetto temp. Del.Az. n.1155 del 17/07/2021 |
| 15-Attività di controllo nei centri di Riabilitazione | | | | | Rispetto temp. Delib. Az. n.1155 del 17/07/2021 | Rispetto temp. Delib. Az.n.1155 del 17/07/2021 | Rispetto temp. Delib. Az.n.1155 del 17/07/2021 |
| 16-Attività di controllo nelle case di Cura Accreditate | | | | | Rispetto temp. Del.Az. n.1155 del 17/07/2021 | Rispetto temp. Del.Az. n.1155 del 17/07/2021 | Rispetto temp. Del.Az. n.1155 del 17/07/2021 |
| 17-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale | | | | | >90% | >100% | >100% |

| <i>18-Attività di controllo sulla spesa farmaceutica convenzionata con controlli MMGG e incremento riunioni UCAD</i> | | | | | Riscontro anal. Rel. Farmac. /N.riunioni UCAD | Riscontro anal. Rel. Farmac. /N.riunioni UCAD | Riscontro anal. Rel. Farmac. /N.riunioni UCAD |
|--|--------|--------|-------|--------|---|---|---|
| <i>19-Riduzione dei tempi di</i> | | | | | < 5% del | <5% | <5 % |
| <i>20-Presa in carico nei nuclei e nei Servizi Territoriali di neuropsichiatria infantile del 100% degli utenti con disturbi dello spettro autistico</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>1-Ricoveri ordinari</i> | 8.844 | 7.937 | 5.646 | 6.211 | >10% | =2022 | =2022 |
| <i>2-Giornate di degenza</i> | 53.051 | 48.131 | 39.24 | 40.384 | >10% | =2022 | =2022 |
| <i>3-Degenza media</i> | 5,91 | 5,97 | 6,80 | 6,42 | -2% | =2022 | =2022 |
| <i>5-Peso medio ricoveri ordinari</i> | 1,03 | 1 | 1,1 | 1,18 | >2% | =2022 | =2022 |
| <i>6-Indice di occupazione media</i> | 79,08 | 77,65 | 71,10 | 69,82 | >5% | =2022 | =2022 |
| <i>7-Ricoveri in day hospital</i> | 2.055 | 1.777 | 1.261 | 2.557 | >2% | =2022 | =2022 |
| <i>8-Ricoveri ripetuti</i> | 203 | 193 | 94 | 168 | -5% | =2022 | =2022 |
| <i>9-Ricoveri per Asma</i> | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| <i>10-Ricoveri per Gastroenterite</i> | 3 | 3 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| <i>11-Ricoveri per BPCO</i> | 2 | 2 | 4 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| <i>12-Ricoveri per Diabete</i> | 22 | 21 | 18 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| <i>13-Ricoveri per scompenso</i> | 95 | 75 | 53 | 52 | =2021 | < 5% del 2022 | <5 % del 2022 |
| <i>14-DH Diagnostici</i> | 344 | 65 | 72 | 70 | -10% | =2022 | =2022 |
| <i>15-DH Medici (accessi)</i> | 10.362 | 9493 | 5073 | 5244 | -10% | =2022 | =2022 |
| <i>16-Chiusura SDO in 48h</i> | | | | | >80 % | =2022 | =2022 |
| <i>17-Degenza pre-operatoria</i> | 0,61 | 0,47 | 0,46 | 0,47 | =2020 | =2022 | =2022 |
| <i>18-% Parti cesarei primari</i> | 27,48% | 26,83% | 30,20 | 22,74% | 20% | 20% | 20% |
| <i>19-% Ricoveri oltre soglia</i> | 1,8% | 2,3% | 4,3% | 4% | -2% | =2022 | =2022 |
| <i>20-% Ricoveri chirurgici</i> | 35,3% | 28,7% | 22,4 | 16,4% | >10% | =2022 | =2022 |
| <i>21-% Frattura femore >65</i> | 63,50% | 74,67% | 74,88 | 80,62% | >75% | >75% | >75% |
| <i>22-Governo delle liste di attesa</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale</i> | | | | | >90% | 100% | 100% |
| <i>24-Corretta gestione delle giacenze materiali sanitari</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>25-Adempimenti privacy</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>26-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>27-Massima Trasparenza flussi interni degenti, Ospiti ed operatori esterni</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>28-Obiettivi Prevenzione della Corruzione (schede 1-19) pag.</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>29.Obiettivi per la trasparenza (schede 1-14)</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |
| <i>30-Obiettivi per la Privacy (schede 1-7)</i> | | | | | 100% | 100% | 100% |

Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione sono definiti nella sottosezione **"Trasparenza" e "Anticorruzione"**

Gli strumenti e gli 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 vengono delineate nella sottosezione **"Reclutamento del personale"**

La strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale vengono delineati nelle rispettive sottosezioni "Lavoro Agile", "Formazione" - "Obiettivi della Digitalizzazione".

Nella stessa sezione vengono riportate:

- Le procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

Le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi sono riportate nella breve sezione "Bilancio di Genere"

In ultimo oltre al monitoraggio periodico degli obiettivi particolare attenzione va rivolta al giudizio degli utenti. La "Salute" non è un bene facilmente tangibile. Per superare un approccio esclusivamente autoreferenziale è necessario interrogare i propri utenti sul livello di soddisfazione delle prestazioni ottenute e sulla qualità dei servizi resi.

2.2 Sottosezione di programmazione – Il Piano della Performance

Obiettivi di salute e linee strategiche

Nel rispetto delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi e linee strategiche:

- Garantire i livelli essenziali di assistenza;
- Garantire su tutto il territorio della ASL uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- Garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio della ASL CE;
- 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 socio-sanitari 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 socio-sanitari;
- 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.

Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance

In conformità a quanto disposto dal D.lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", ed in applicazione dell'art.7, nell'ASL Caserta è attivo un sistema di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura organizzativa nel suo complesso nonché la valutazione annuale dei dirigenti.

La performance viene misurata:

- a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singola Unità Operativa, per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale, sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Gli indicatori

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.

Requisiti degli indicatori

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).

Metodologia Aziendale applicata

Il sistema adottato si articola nell'ASL Caserta in quattro fasi fondamentali di:

1. Pianificazione/programmazione;
2. Formulazione del budget;
3. Svolgimento e misurazione dell'attività;
4. Valutazione.

Timing del Processo

Si riporta di seguito il **timing del processo** descritto:

ANNO X:



ANNO X+1:



L'individuazione degli obiettivi strategici

La individuazione degli obiettivi delle aree strategiche è il nucleo del presente Piano della Performance. Gli obiettivi strategici hanno un comune denominatore: l'appropriatezza. Tale dimensione è trasversale rispetto alle aree strategiche e alla struttura dell'ASL in quanto costituisce un principio comune che deve guidare lo sviluppo strategico aziendale. Il concetto di appropriatezza all'interno di quest'azienda si declina

come **appropriatezza clinica** e **appropriatezza organizzativa**.

Nel suo complesso la pianificazione della performance organizzativa-istituzionale fa riferimento ad obiettivi relativi a:

- La valutazione di efficacia (esiti) delle procedure e quindi il conseguimento dei traguardi ed obiettivi collegati alle priorità strategiche, nazionali e comunitarie, e ai bisogni e alle aspettative della collettività, in una fase resa particolarmente complessa dall'emergenza sanitaria e dai suoi effetti economici e sociali;
 - L'attuazione di piani, programmi e progetti che migliorino l'assistenza sanitaria;
 - La modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione, dei processi, delle procedure e dei sistemi informativi, con particolare attenzione al rafforzamento della capacità istituzionale di programmazione e controllo;
 - Il potenziamento delle competenze professionali, del benessere del personale (transizione digitale e lavoro agile) e il rispetto delle pari opportunità e del contrasto ad ogni forma di discriminazione;
 - Il mantenimento di un elevato presidio dell'etica e dell'integrità attraverso un approccio multidimensionale alla prevenzione della corruzione e al rispetto della trasparenza amministrativa.

Il perseguimento degli obiettivi organizzativi-istituzionali, finalizzati a potenziare l'assistenza sanitaria è responsabilità dell'intera Azienda; il loro conseguimento è affidato pro-quota alle unità organizzative sulla base delle specifiche responsabilità funzionali.

L'identificazione per gli obiettivi organizzati- istituzionali di obiettivi, indicatori e target a carattere triennale, come richiesto dal Dipartimento della Funzione pubblica, risulta fondamentale per consentire una misurazione di medio periodo del livello di conseguimento della performance istituzionale.

Come previsto dal Sistema di misurazione e valutazione della performance vigente (SMVP) la programmazione della performance organizzativa, operativa ed individuale è frutto di un processo di proposta, condivisione e quindi consolidamento degli stessi obiettivi (secondo un approccio bottom-up e, quindi, top-down), coerente con i principi di un sistema avanzato di gestione per obiettivi.

La pianificazione previsionale dei target 2022 tiene conto degli effetti e limiti che l'emergenza sanitaria tutt'ora impone alle attività operative dell'Istituto.

Tab. Distribuzione degli obiettivi operativi 2022 rispetto agli Obiettivi istituzionali

| Obiettivi istituzionali | Obiettivi operativi | Indicatori risultato | Indicatori efficienza |
|---|---------------------|----------------------|-----------------------|
| Il Paziente in età pediatrica | 1 | 1 | 1 |
| La fase pre-concezionale | 4 | 4 | |
| La fase prenatale | 4 | 4 | 4 |
| La tutela della nascita | 1 | | 1 |
| Il Paziente cronico e/o fragile | 3 | 3 | |
| Area delle cure palliative, non autosufficienti -Anziani-Assistenza Domiciliare | 7 | 9 | 8 |
| Salute Mentale | 8 | | 8 |
| Disturbi del neuro sviluppo dell'età evolutive | 2 | 1 | 4 |
| Dipendenze patologiche | 8 | | 8 |
| Il paziente oncologico e la prevenzione malattie oncologiche | 7 | 5 | 5 |
| Area del Dipartimento di Prevenzione | 39 | 30 | 40 |
| Sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale | 1 | 5 | |
| Prevenzione malattie croniche non trasmissibili | 2 | 2 | |
| La politica del Farmaco | 16 | 12 | 13 |
| La gestione delle liste di attesa e del CUP | 4 | 5 | 5 |
| Il Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva | 5 | | 5 |
| Obiettivi di riorganizzazione | 10 | 13 | 8 |
| La comunicazione sanitaria | 4 | | 4 |
| Obiettivi economici | 4 | | 4 |
| Obiettivi gestionali | 21 | 3 | 24 |
| Obiettivi per la Prevenzione della Corruzione | 24 | | 24 |
| Obiettivi per la Trasparenza | 14 | | 14 |
| Obiettivi per la Privacy | 7 | | 7 |

| | | | |
|---|------------|------------|------------|
| Obiettivi del Sistema di garanzia (NSG) | 28 | 28 | |
| Obiettivi distrettuali | 20 | 20 | |
| Obiettivi dei Presidi Ospedalieri | 27 | 27 | |
| Obiettivi per il contenimento dell'infezione Covid 19 | 15 | | 15 |
| Totale | 286 | 172 | 204 |

Nel loro complesso gli obiettivi operativi 2022 sono presidiati da indicatori, a valenza annuale, riferiti alle seguenti tipologie:

Distribuzione degli obiettivi operativi 2022 per tipologia di indicatore (Efficienza, Risultato o Eff/Risult.)

| | |
|--------------------------|-----|
| Indicatori di efficienza | 204 |
| Indicatori di risultato | 172 |

Di seguito è presentata la distribuzione degli obiettivi operativi per obiettivo istituzionale e macro-funzioni organizzative.

Obiettivi per aree tematiche

Il paziente in età pediatrica

| Obiettivo | Indicatore (Efficienza e di risultato) |
|--|--|
| Tem_1 -Integrazione ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale | Numero di neonati/bambini presi in carico dai consultori in integrazione con i reparti ospedalieri di pediatria. |

La fase pre-concezionale

| Obiettivo | Indicatore (di risultato) |
|---|--|
| Tem_2 -Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni. | Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni sul totale |
| Tem_3 -Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità | Numero di consultori che attivano un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni azienda |
| Tem_4 -Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare | Numero di consultori che attivano un progetto di promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva all'interno degli spazi dedicati alla prevenzione |
| Tem_5 - Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella pre-concezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia | Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella pre-concezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia. |

La fase prenatale

| Obiettivo | Indicatore (Efficienza e di risultato) |
|--|--|
| Tem_6 -Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne | Numero linee di indirizzo o informative emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno) (N. 1 per ogni distretto) |
| Tem_7 -Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali | Numero di UUOO che attivano la diagnostica prenatale (Almeno 6 per ASL) |
| Tem_8 -Aumento fino al 15 % del numero delle donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP | Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP (aumento del 15%) |
| Tem_9 -Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori | Numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) |

La tutela della nascita

| Obiettivo | Indicatore (Efficienza) |
|--|---|
| Tem_10 -Attivare corsi in ambiente consultoriale per ridurre il ricorso al Taglio Cesareo | Numero di percorsi formativi attivati per Distretto |

Il paziente cronico e/o fragile

| Obiettivo | Indicatore (Risultato) |
|---|---|
| Tem_11 -Modello Chronic Care Center | N. di Chronic Care Center attivati per ogni distretto (n. 1 per ogni distretto) |
| | Visite specialistiche multidisciplinari effettuate (incremento del 20 % rispetto al 2021): <ul style="list-style-type: none"> • Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 2 patologie croniche; • Numero di piani individuali di cura programmati/ totale pazienti presi in carico; • Numero di persone prese in carico con telemonitoraggio domiciliare/ numero di pazienti con scarso controllo di patologia; • Numero di counseling sociale/totale pazienti presi in carico Indicatori di Esito; |
| Tem_12 -Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche Riduzione accessi in Pronto Soccorso | <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come da PDTA regionale (> 20 %); • Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista da PDTA regionale (>10 % rispetto al 2021); • Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ace inibitori, sartani o betabloccanti) come previsto da manuale PDTA ministeriale (> 40% rispetto al 2021); • Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previsto dal manuale PDTA |

| | |
|--|--|
| | ministeriale (> 50 % rispetto al 2021; <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di pazienti diabetici che eseguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance della creatinina, fondo oculare, come previsto da PDTA aziendale; |
|--|--|

Area Non autosufficienza e Anziani

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza e risultato) |
|--|---|
| Tem_13 -Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio | Incremento posti letto R3 e R2D (come da obiettivi regionali) |
| | Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti |
| | Incremento giornate assistenza (come da obiettivi regionali) |

Area delle Cure palliative

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022-2023-2024 (come da obiettivi regionali) | Tipo Indicatore |
|---|---|-----------------|
| Tem_14 -Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie | Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (ind. 8 griglia LEA) | R (Risultato) |
| | Tasso di eventi assistenziali di 3° e 4° livello | R |
| | Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione | R |
| Tem_15 -Rispetto degli standard assistenziali presso le strutture residenziali | Predisposizione ed avvio di programmi omogenei per il controllo degli standard assistenziali e monitoraggio sul corretto utilizzo delle risorse | Efficienza (E) |
| Tem_16 -Rispetto degli adempimenti LEA in materia di assistenza domiciliare | Attuazione del progetto di riorganizzazione dell'attività ADI | E |
| | Sviluppo del progetto sperimentale con informatizzazione e georeferenziazione dell'attività ADI | E |
| Tem_17 -Sviluppo del piano per le cure palliative | Validazione e attuazione del PDTA aziendale per le cure palliative | E |
| | Incremento delle UVMD effettuate per le cure palliative | E |
| | Percentuale di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o strutture intermedie) | R |

L'Assistenza domiciliare

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|--|--|
| Tem_18 - SIAD 04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – per tutti i soggetti e under 65 anni | Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni (come da obiettivi regionali) |
| Tem_19 -Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari | Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura – Questionario LEA (come da obiettivi regionali) |
| Tem_20 -Accessi medici palliativi - flusso SIAD | Numero di accessi medici cure palliative (come da obiettivi regionali) |

La Salute Mentale

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|---|---|
| Tem_21 -Sviluppo dei PDTA per Esordi Psicotici e Schizofrenia, e per DCA, finalizzati ad ottenere il più alto grado di recovery dell'utente | PDTA Prodotto |
| Tem_22 -Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare | PDTA Prodotto |
| Tem_23 -Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos) | Indicatori rilevati da SISM |
| Tem_24 -Riduzione del numero di TSO e deospedalizzazione | Indicatori rilevati da SISM |
| Tem-25 -Implementazione del processo Prescrittivo su Saniarp | N. Piani Terapeutici |
| Tem-26 -Definizione PDTA per esordi psicotici | PDTA |
| Tem-27 -Implementazione attività socio-riabilitative e delle attività in rete (fascia 18-30) per prevenzione del disagio e di intervento precoce | N. attività realizzate, N. Utenti coinvolti |
| Tem-28 -Monitoraggio TSO a residenti maggiorenni/pop. Residenti Minori/uguale a 18 anni | % TSO maggiorenni/pop.res. minore o uguale a 18 anni. |

I disturbi del neuro-sviluppo dell'età evolutiva

Alla luce dell'esperienza maturata, l'ASL Caserta ha l'obiettivo di prendere in carico i pazienti con disturbi del neuro-sviluppo attraverso tali Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), i quali, oltre ad effettuare la diagnosi clinica e funzionale dei soggetti autistici, predispongono Progetti Assistenziali Individuali (PAI) in cui vengono definiti i trattamenti adeguati per intensità e durata, laddove ne esistano le indicazioni. I Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), sulla base delle caratteristiche dei pazienti, formulano un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) che ha la durata di 180 gg con rivalutazione intermedia a 90 giorni. Allo scadere dei 180 gg si effettua la rivalutazione del paziente e alla eventuale definizione di un nuovo Progetto Assistenziale Individuale. Nel PAI vengono indicati il numero di ore settimanali e i setting di trattamento: contesti strutturati di vita (domicilio, scuola, ecc.) ed (eventualmente) ambulatoriali.

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo Indic. |
|--|---|-------------|
| Tem_29 -Uniformare il funzionamento e le attività dei consultori famigliari, Neuropsichiatrie infantili, ed Età Evolutiva tra i dodici distretti dell'ASL | Sviluppo PDTA e procedure per patologie (disturbi neuro-sviluppo, psicopatologia-psichiatria, disturbi specifici), per ambito (perinatalità), per attività (gestione mandati tribunale) | E |
| | Uniformazione del funzionamento dei servizi IAFC (Neuropsichiatria Infantile, Età Evolutiva, Consultori Familiari) nei 12 distretti | E |
| | Completamento del lavoro di informatizzazione con adozione di un software unico nelle 12 sedi distrettuali ed informatizzazione delle UVDM. | E |
| | Realizzazione del progetto di riorganizzazione delle sedi e delle attività dei consultori famigliari | E |

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|--|---|
| Tem_30 -Verifica periodica dello stato di attuazione del percorso riabilitativo con rivisitazione del paziente ed eventuale dimissione o passaggio ad altro livello di cura | Numero di pazienti rivisitati (almeno 80 % ogni anno) |

Le dipendenze patologiche

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|--|---|
| Tem_31 -Promozione di stili di vita salubri e iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche - Istituzione di Centri Diurni semiresidenziali a bassa soglia under 30. | Attivazioni di almeno un centro dedicato alle nuove sostanze e/o alle dipendenze comportamentali. |
| Tem_32 -Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente | Relazione |
| Tem_33 -Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali | Relazione |
| Tem_34 -Promozione di programmi e iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche. Attuazione piano locale della prevenzione Dipendenze | Relazione |
| Tem_35 -Tutela della Salute Pubblica. Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali | Relazione |
| Tem_36 -Tutela della salute dei soggetti in carico - Rilevazione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze | Relazione |
| Tem_37 -Riduzione frequenza supplementi su assunzione o su affidamento dei farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, suboxone e sodio oxibato) | Relazione |
| Tem_38 Tutela della salute pubblica - Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente | Relazione |

Area del Dipartimento di Prevenzione

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo Indicat |
|---|--|---------------------|
| 1 - Sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | E |
| 2 - Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | E |
| 3 - Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993 | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | E |
| | Controllo delle specie fungine su richiesta | E |
| 4 - Sorveglianza acque potabili | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | E |
| 5 - Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | E |
| 6 - Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter- settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) | Elaborazione del Profilo di salute Relazione sullo stato di salute della comunità e sui problemi di salute prioritari Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e agli operatori sanitari. | E |
| | Attivazione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche | E |
| | Individuazione e offerta dei programmi di promozione della salute più efficaci | E |

| | | |
|--|---|---|
| 7 - Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione | Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a agli operatori sanitari anche attraverso report strutturati | E |
| 8 - Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale | Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT | E |
| 9 - Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol | Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazioni sui rischi per la salute Offerta di counseling individuale | E |
| 10 - Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica | Attivazione di programmi intersettoriali Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità | E |
| 11 - Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari | Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva | E |
| 12 - Sorveglianza epidemiologica della malattie infettive e diffuse | N. Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffusive Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni (come da obiettivi regionali) | R |
| 13 - Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse | Profilassi immunitaria e chemioprolifassi dei contatti e dei soggetti a rischio Interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi Produzione periodica di report sugli interventi di controllo Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive | E |
| 14 - Vaccinazioni · Nuovi nati: cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, rotavirus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C; · Adolescenti: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-meningococcico ACWY135e vaccino anti HPV; · Soggetti di età ≤ 65 anni: vaccino anti-influenzale stagionale; · Soggetti di età pari a 65 anni: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti- pneumococcico PCV13+PPV23 e vaccino anti- zoster; · Soggetti a rischio di tutte le età: vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2012-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento. | N. Inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali Vaccinazioni secondo le buone pratiche Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive Produzione di report ((come da obiettivi regionali) | R |

| | | |
|--|---|---|
| 15 - Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato | N. Comunicazione dei rischi per la salute derivanti da inquinamento ambientale Partecipazione e supporto ad enti ed istituzioni per programmi di miglioramento ambientale, con particolare attenzione ai rapporti ambiente e salute | E |
| 16 - Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo | Attività di controllo Supporto agli Enti preposti nella definizione del percorso di miglioramento | E |
| 17 - Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria | Attività di controllo | E |
| 18 - Tutela della popolazione dal rischio "amianto" | Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute | E |
| 19 - Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro | N. Report informativi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali (come da obiettivi regionali) | R |
| 20 - Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro | Attività di controllo | E |
| 21 - Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro | Assistenza alle associazioni datoriali e sindacali per l'individuazione delle soluzioni ai fini di un loro riconoscimento quali buone prassi Informazione e diffusione delle buone prassi alle associazioni datoriali e sindacali | E |
| 23 - Omogeneizzazione delle procedure | Condivisione, attuazione e monitoraggio del Regolamento per l'accesso ai Centri diurni | E |
| 24 - Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani | Attivazione dei programmi per promuovere sani stili di vita | E |
| | N.Report informativi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali sull'andamento delle patologie lavoro correlate nel territorio (come da obiettivi regionali) | R |
| | Attività di controllo sulla sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti | E |
| | Pareri sui ricorsi provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla rete cure palliative domiciliari) nei quali il periodo di Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera | E |
| 25 - Ispezionare in almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati | N. Ispezionare (almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza) e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati | R |
| 26 - Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori | Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori | E |
| 27 - Progettazione e realizzazione di una campagna informativa a valenza regionale per la prevenzione delle cadute dall'alto | Progettazione e realizzazione di seminari e incontri informativi diretti agli operatori del settore edile per la prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni | E |
| | Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di vita | |
| 28 - Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori | | |
| 29 - Programmazione e avvio delle attività del Dipartimento | Completamento del Servizio Veterinario di Sanità Animale: verifica dei requisiti di bio-sicurezza negli allevamenti | E |
| 29 - Programmazione e avvio delle attività del Dipartimento 30 - Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori | Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche: controlli integrati degli allevamenti ai fini della | E |
| | Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati: effettuazione audit su | E |
| | Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione: attuazione del | E |

| | | |
|---|---|---|
| | Incremento controlli prodotti alimentari, funghi, acque, requisiti strutturali imprese alimentari, impiego fitofarmaci additivi e coloranti | E |
| 31 - Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale | N. Implementazioni anagrafiche (come da obiettivi regionali) | R |
| 31 - Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale 32 - Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali | Certificazioni | E |
| | N. Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali) | R |
| 32 - Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali 33 - Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali | N. Certificazioni | R |
| | N. Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Rilascio pareri ed autorizzazioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali) | R |
| 33 - Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali 34 - Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali | N. Certificazioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori (come da obiettivi regionali) | R |
| | Sanitari e istituzioni | R |
| | N. Gestione di casi di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico (come da obiettivi regionali) | R |
| 34 - Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali 35 - Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza | N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti | E |
| | N. Certificazioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali) | R |
| 35 - Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza 36 - Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione | N. Rilascio pareri ed autorizzazioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Gestione delle anagrafiche | R |
| | N. Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale (come da obiettivi regionali) | R |
| 36 - Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione 37 - Igiene urbana veterinaria: Controllo delle popolazioni sinantropi. Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani | N. Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali) | E |
| | N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti. Identificazione e iscrizione in anagrafe (come da obiettivi regionali) | R |
| | Identificazione e iscrizione in anagrafe | E |
| | Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie | R |
| | N. Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie Censimento delle colonie feline (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Censimento delle colonie feline. Attività informativa e | R |

| | | |
|--|---|---|
| | divulgativa (come da obiettivi regionali) | |
| | Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione | E |
| 37 - Igiene urbana veterinaria: Controllo delle popolazioni sinantropi. Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani 38 - Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente | Controllo animali morsicatori | E |
| | Valutazione comportamentale dei cani aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica | E |
| | Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di malattie | E |
| 38 - Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente | Sorveglianza epidemiologica Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni | E |
| | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016) | E |
| 39 - Rispetto degli standard regionali di copertura vaccinazioni | | |
| 39 - Rispetto degli standard regionali di copertura vaccinazioni | N. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Copertura vaccinale per vaccinazione antiinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali) | R |

La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale

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

- Identificazione puntuale, di aree territoriali a rischio specifico per fattori di rischio puntuali; analisi della letteratura evidenziano che in genere si tratta di microaree geografiche e non di macro aree di grandi dimensioni;
- Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- Indicazione di misure puntuali, sanitarie e non, mirate a fornire una risposta specifica al problema rilevato ed al rischio identificato.

A queste considerazioni di carattere generale, si aggiungono alcune considerazioni riferite alla patologia oncologica. Questa si caratterizza per essere una patologia cronico degenerativa a genesi multifattoriale e con lunghi tempi di latenza: in tale multifattorialità l'ambiente può rivestire un ruolo determinante:

- 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.

La realizzazione dei punti sopra indicati implica come pre-condizione la messa a sistema dei flussi informativi sanitari da utilizzare in ambito di sorveglianza epidemiologica: Schede di Dimissioni Ospedaliere, dati di incidenza oncologica, di mortalità, generale e causa specifica, dati riferiti a malformazioni congenite.

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|--|--|
| Tem_39 -Implementare sull'intera azienda un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti | Pubblicazione di un atlante aziendale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2018 |
| | Pubblicazione di un atlante aziendale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018 |
| | Pubblicazione di un atlante aziendale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018 |
| | Geo-referenziazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale |
| | Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale |

Prevenzione malattie croniche non trasmissibili

Il PRP 2014-2018 include principalmente azioni finalizzate all'implementazione di programmi di Promozione della Salute che mirano all'assunzione di sani stili di vita in contrasto verso i principali determinanti delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT): cattiva alimentazione, sedentarietà, fumo, l'abuso di alcol.

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|--|---|
| Tem_40 -Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50" | Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia (come da obiettivi regionali) Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso (come da obiettivi regionali) |
| Tem_41 -Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate | Numero di strutture, individuazione da parte dei Distretti, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale (come da obiettivi regionali) |

Il paziente oncologico

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|--|---|
| Tem_42 -Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio | Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre; Numero di MMG attivi in piattaforma; |

Prevenzione patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di prevenzione primaria che, nello specifico, sono principalmente

rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

Oltre a tali attività di prevenzione primaria il campo dove maggiormente, e più immediatamente, è possibile acquisire risultati tangibili è il campo della prevenzione secondaria: anticipazione diagnostica di patologie oncologiche in fase preclinica; tale azione si traduce, in molti casi, in guarigione clinica ed in altri in un significativo aumento della sopravvivenza netta per malattia.

Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione. Obiettivo della presente linea di attività è strutturare sull'intero territorio regionale un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori oggetto di screening organizzati di popolazione, mirato a: anticipare la diagnosi del tumore della mammella e migliorare la sopravvivenza oncologica e qualità di vita alle pazienti affette da tale neoplasia; ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina e del colon retto attraverso la rilevazione e rimozione delle rispettive lesioni precancerose, spostare le diagnosi iniziali di tali tumori agli stadi iniziali della malattia, migliorare la sopravvivenza e qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie.

Relativamente allo screening della cervice uterina la Regione Campania ne ha avviato il passaggio dal Pap test al test HPV per la popolazione in età 30/64 anni.

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo Indicatore |
|--|---|------------------------|
| Tem_43 -Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 | Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico- terapeutica in relazione alla patologia neoplastica | E |
| Tem_44 -Omogeneizzazione delle procedure che prevedono la presa in carico e la gratuità delle prestazioni di approfondimento clinico-diagnostico di 2° livello relative al tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto | Avvio del nuovo modello unificato di gestione degli screening | E |
| Tem_45 -Rispetto degli standard regionali di screening | N. Adesione corretta per screening mammografico (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Adesione corretta per screening citologico (come da obiettivi regionali) | R |
| | N. Adesione corretta per screening colon-retto (come da obiettivi regionali) | R |
| Tem_46 -Potenziamento dei tre screening | Obiettivi screening (Colon, Mammella e Cervice) (come da obiettivi regionali) | E |
| Tem_47 -Introduzione screening Melanoma | Potenziare lo screening del Melanoma (+ 10 % rispetto al 2021) | E |

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) (Come da obiettivo regionale) |
|--|---|
| Tem_48 -Rimodulazione procedure operative | Screening del colon retto - raggiungimento di una estensione del 90% e di una adesione al 30% Screening della mammella fascia di età 50/69 anni - raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 40% Screening della mammella fascia di età 45/49 Raggiungimento per fascia di età 45/49 anni, indicata nel DCA n. 38/2016, di una estensione dell'85% e di una adesione del 30% Screening della cervice uterine - raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 35% |
| Tem_49 -Implementazione sull'intero territorio aziendale dello screening per il cervico-carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni | N. Report |

Prevenzione patologie cardiovascolari

Prevenzione e trattamento scompenso cardiaco

A novembre 2018 l'ASL di Caserta ha avviato il percorso integrato Ospedale –Territorio per la gestione del Paziente Con Scompenso Cardiaco. Tale percorso ha visto protagonisti l'Ordine dei Medici di Caserta, l'ANMCO Campania e il gruppo dei Tutor composto dai Cardiologi ASL Caserta e Medici di Medicina Generale. Attualmente la procedura viene gestita dalla Direzione Sanitaria.

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|---|--|
| Tem_50 -Ridurre il numero di ricoveri per scompenso cardiaco | N. di ricoveri per scompenso cardiaco con riduzione di almeno il 40 % rispetto al 2018 |

Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 (%come da obiettivi regionali) | Tipo Indicatore |
|--|--|-----------------|
| Tem_51 -Monitoraggio spesa farmaceutica convenzionata | N. Monitoraggi spesa Biosimilari, equivalenti e antibiotici | R |
| Tem_52 -Verifica appropriatezza farmaci ad alto costo attraverso PDTA | N. Riduzione percentuale dell'utilizzo farmaci ad alto | R |
| Tem_53 -Sviluppo di sistemi innovativi per la valutazione dell'appropriatezza | Realizzare un nuovo software per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in pazienti anziani fragili | E |
| Tem_54 -Sviluppo di percorsi di lotta all'antibiotico resistenza | Istituzione di un gruppo di lavoro sul monitoraggio della terapia antibiotica nel territorio | E |
| Tem_55-Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva | Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito della farmaceutica territoriale | E |
| Tem_56 -Stesura di un unico Prontuario Terapeutico Aziendale attraverso la Commissione Terapeutica Aziendale | Omogeneizzazione delle procedure per la stesura e l'aggiornamento costante del Prontuario terapeutico Aziendale attraverso la Commissione Terapeutica aziendale | E |
| Tem_57 -Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, quali Farmaci Oncologici ad alto costo e Farmaci innovativi; Verifica aderenza terapie per Diabete, ASMA e BPCO | Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, con particolare attenzione ai farmaci ad alto costo (oncologici, innovativi); alla promozione e incremento dell'uso dei farmaci biosimilari e al corretto impiego dei farmaci antimicrobici. Attivazione di procedure ed audit clinici per l'area oncologica | E |
| Tem_58 -Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva | Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito della farmaceutica ospedaliera | E |
| Tem_59 -Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari | Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti (variazione % rispetto al tetto) | R |
| | Rispetto del pro-capite pesato diretta di classe A e H assegnato (variazione % rispetto al tetto) | R |
| | Registri AIFA: rispetto della compilazione e recupero note credito (variazione % rispetto al tetto) | R |
| | Rispetto del tetto di costo: DM e IVD (variazione % rispetto al tetto) | R |
| | Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata (variazione % rispetto al tetto) | R |
| | Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa | R |

| | | |
|--|--|---|
| | (variazione % rispetto al tetto) | |
| | Rispetto del pro capite pesato per Assistenza Protesica (variazione % rispetto al tetto) | R |
| Tem_60 -Uniformare progressivamente le modalità erogative delle protesi e degli ausili nel territorio provinciale | Applicazione dei protocolli aziendali in materia di protesi ed ausili | E |
| Tem_61 -Applicazione delle nuove disposizioni LEA approvate con DPCM 12 gennaio 2017 | Attivazione di un tavolo aziendale che, sulla base di quanto stabilito a livello regionale, analizzi l'applicazione delle nuove disposizioni normative soprattutto per gli ausili di comunicazione | E |

Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|---|---|
| Tem_62 -Definizione di nuovi obiettivi da assegnare inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche | Numero di report prodotti N. di Riscontri forniti dai direttori dei distretti con interventi concreti presso i Medici di Medicina generale e n. di riunioni nelle UCAD |

Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|---|-------------------------|
| Tem_63 -Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna Distretto | Relazioni |
| Tem_64 -Prevedere specifici indicatori che ciascun distretto dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno) | Relazioni |

Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza e risultato) |
|---|-------------------------------------|
| Tem_65 -Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica | Numero di report prodotti |
| Tem_66 -Prevedere specifici indicatori che ciascun distretto dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno) | Numero di report prodotti |

Distribuzione per Conto (DPC)

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|---|-------------------------------------|
| Tem_67 -Invio Relazioni ed analisi con periodicità trimestrali | Numero di riscontri report prodotti |

La gestione delle liste di attesa-Governo dell'offerta, appropriatezza e tempi di attesa

| Area | Obiettivo-Descrizione | Obiettivo | Indicatore di Efficienza e risultato |
|---|---|-------------|--------------------------------------|
| Tem_68 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della bozza di Griglia LEA 2017) | ≤ 18 minuti | Mantenere performance 2020 |

| | | | |
|---|--|--|---|
| intervento e di permanenza in Pronto Soccorso | 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 |
| Tem_69- 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 |
| | Tem_70- 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 |
| Tem_71- Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale | B.4.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca | Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici | Mantenimento standard 2019 se migliorati |

Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo Indicatore |
|---|--|-----------------|
| Tem_72- Sviluppo dell'attività dei controlli | Strutturazione del sistema dei controlli delle attività in libera professione, con sviluppo di cruscotto strutturato di monitoraggio | E |
| Tem_73- Azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva | Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca | E |
| Tem_74- Monitoraggio tetti di spesa | Monitoraggio tetti di spesa | E |
| Tem_75- Avvio tavoli per branca per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con i medici convenzionati | Coinvolgimento dei privati accreditati nei tavoli identificati come prioritari per i tempi di attesa della specialistica ambulatoriale | E |
| Tem_76- Sviluppo dell'attività dei controlli delle attività dei privati accreditati | Strutturazione di un sistema dei controlli delle attività dei privati accreditati con sviluppo di un cruscotto strutturato di monitoraggio | E |

Obiettivi di riorganizzazione

Riorganizzazione dei distretti sanitari

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|--|--|
| Tem_77- Porta Unica di Accesso | Attivazione per ogni distretto sanitario |
| Tem_78- Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e multidisciplinare | Attivazione per ogni distretto sanitario |

Area dell'emergenza

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo indicatore |
|--|--|-----------------|
| Tem_79- 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 Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali) | R |
| | Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore (come da obiettivi regionali) | R |

Area della Medicina Generale (MMG, Ped Is)

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo indicatore |
|---|---|-----------------|
| Tem_80 -Sviluppo delle AAFPTT, con particolare attenzione ai capitoli della Farmaceutica, della Specialistica e della Protesica; | Sviluppo delle AAFPTT con applicazione PDTA diabete, BPCO e scompenso cardiaco | E |
| Tem_81 -Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie | Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (ind. 8 griglia LEA) (come da obiettivi regionali) | R |
| | Tasso di eventi assistenziali di 3° e 4° livello (come da obiettivi regionali) | R |
| | Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione (come da obiettivi regionali) | R |
| Tem_82 -Definizione del ruolo della Medicina Primaria nello sviluppo di un modello aziendale di Cure Palliative. | Attuazione delle attività previste dal progetto aziendale di gestione delle cure palliative | E |
| | Aumento della percentuale di pazienti oncologici deceduti a domicilio (come da obiettivi regionali) | R |
| Tem_83 -Responsabilizzazione dei MMG come attori protagonisti nella riorganizzazione della Residenzialità intermedia | Sviluppo di un progetto aziendale di gestione del percorso omogeneo verso l'ospedale di comunità | E |
| Tem_84 -Rispetto degli standard assistenziali presso le strutture residenziali | Predisposizione ed avvio di programmi omogenei per il controllo degli standard assistenziali e monitoraggio sul corretto utilizzo delle risorse | E |
| Tem_85 -Monitoraggio degli indicatori regionali e individuazione azioni di miglioramento | Alimentazione corretta e completa Anagrafe unica regionale (AUR) dei MMG e PLS: | E |
| | Rispetto orario settimanale MMG/PLS (ACN/AIR) | E |
| | Corretto aggiornamento e caricamento dei dati di tutte le F.A. dei MMG/PLS | E |
| | Medicine di gruppo integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2017 | E |
| | Diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del costo annuo pro-capite per la farmaceutica convenzionata (come da obiettivi regionali) | R |
| | Diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (escluso laboratorio) (come da obiettivi regionali) | R |
| | Indice IVAQ (indice di valutazione di accuratezza e qualità del dato della scheda sanitaria individuale informatizzata dei MMG) (come da obiettivi regionali) | R |
| | Corretto invio trimestrale dei valori dell'IVAC conseguita da tutti i MMG (come da obiettivi regionali) | R |
| | Raggiungimento della soglia annuale per le MGI con almeno un anno di attivazione alla data del 31/12/2017 (come da obiettivi regionali) | R |
| Tem_86 -Sviluppo delle AAFPTT, con particolare attenzione ai capitoli della Farmaceutica, della Specialistica e della Protesica; | Sviluppo delle AAFPTT con applicazione PDTA diabete, BPCO e scompenso cardiaco | E |

La comunicazione sanitaria

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo indicatore |
|--|--|-----------------|
| Tem_87-Sviluppo del Piano di Comunicazione integrata | Produzione di prodotti editoriali finalizzati a valorizzare eventi, investimenti, servizi e professionisti | E |
| Tem_88-Sviluppo e implementazione APP aziendali | Sviluppo e completamento APP per Screening e CUP | E |

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|--|---|
| Tem_89-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 |
| Tem_90-Rivolgere 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 |

Obiettivi Economici

Tempestività dei pagamenti

La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione: entrata a regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), che consentirà di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni;

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|---|--|
| Tem_91-Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico | Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2021) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2022, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP) |

Certificabilità dei Bilanci del SSR

| Obiettivi | Indicatori (Efficienza) |
|---|---|
| Tem_92-Implementazione dell'impianto contabile necessario all'accompagnamento della certificabilità dei Bilanci | Relazione |
| Tem_93-Monitoraggio dell'applicazione delle procedure amministrative contabili adottate | Relazione |
| Tem_94-Sviluppo ed avviamento operativo del sistema di controllo interno contabile. | N. di adempimenti ed atti prodotti di implementazione del sistema di controllo interno contabile. |

Obiettivi amministrativi e gestionali

Informatizzazione e digitalizzazione

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo indicatore |
|--|---|-----------------|
| Tem_95-Aggiornamento procedure organizzative ed informatiche | Completamento dell'aggiornamento ed allineamento in tutte le procedure informatiche | E |

| | | |
|---|--|---|
| Tem_96 -Messa in sicurezza CED | Completamento procedure di messa in sicurezza del CED per la normativa della Privacy | E |
| Tem_97 -Allineamento e flussi Sinfonia | Allineamento e flussi sinfonia | R |

| Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024 | Obiettivo operativo anno 2022 | Tipo indicatore |
|--|--|------------------------|
| Tem_98 -Redazione, avvio e monitoraggio dei fabbisogni e assunzioni di personale dirigenziale e del comparto | Report di monitoraggio del rispetto di tempi di invio del report di monitoraggio dei costi del personale con cadenza periodica per la Direzione | E |
| Tem_99 -Revisione sistema di graduazione, conferimento e valutazione degli incarichi dirigenziali, sistema della performance e della connessa retribuzione di risultato per la dirigenza | Regolamento per la graduazione delle posizioni e per il conferimento degli incarichi per area contrattuale (Sanitaria, Dirigenza Medica e Veterinaria) | E |
| | Regolamento per la valutazione delle performance individuale delle aree della Dirigenza | E |
| Tem_100 -Attuazione dell'accordo raggiunto in materia di performance connessa alla produttività collettiva e individuale e con la predisposizione della regolamentazione per lo sviluppo premiale relativo agli istituti del coordinamento e delle posizioni organizzative. | Predisposizione della regolamentazione per lo sviluppo premiale relativo agli istituti del coordinamento e delle posizioni organizzative. | E |
| Tem_101 -Omogeneizzazione dell'applicazione degli istituti in materia di orario di lavoro | | E |
| Tem_102 Omogeneizzazione della regolamentazione della Libera professione | Predisposizione di un sistema unitario di tariffazione delle prestazioni in Libera professione | E |
| Tem_103 -Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale | Rispetto del tetto di costo: Personale | E |
| Tem_104 -Fungere da Punto di riferimento per le norme in materia di sanità | Elaborazione sintesi e linee guida rispetto alle novità normative dell'anno | E |
| Tem_105 -Aggiornamento dell'Atto Aziendale | Aggiornamento Atto Aziendale | E |
| Tem_106 -Attuazione del nuovo modello assicurativo | Attuazione del nuovo modello assicurativo | E |
| Tem_107 -Realizzazione delle principali fasi di sviluppo di gare strategiche (capitolati di gara ed espletamento) da gestire con approccio progettuale considerata la trasversalità delle tematiche | Predisposizione ed espletamento gara servizi assicurativi per copertura dei rischi aziendali | E |
| Tem_108 -Omogeneizzazione, centralizzazione e razionalizzazione dei servizi | Avvio del progetto di riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini, con raggruppamento dei magazzini (economici e dispositivi medici). | E |
| Tem_109 -Revisione della logistica e della gestione degli archivi | Progetto per la riorganizzazione nella gestione degli archivi correnti con digitalizzazione delle cartelle cliniche grazie all'avvio del nuovo servizio in appalto | E |
| Tem_110 -Monitoraggio strutturato dei centri ordinatori | Monitoraggio strutturato dei contratti e percorsi informatizzati del ciclo ordine-liquidazione-pagamento | E |
| Tem_111 -Incontri formativi comunicazione con media e utenza | Rispetto di tutti i criteri di completezza, qualità e tempestività sull'insieme dei flussi NSIS Ministeriali e di attività Organizzazione di eventi formativi, rivolti agli operatori della Sanità | E |

| | | |
|---|--|---|
| | Conclusione del percorso, in collaborazione con gli Ordini dei Giornalisti, Medici e Psicologi, relativo all'individuazione delle buone prassi utili a contrastare le fake news relative alla salute | E |
| Tem_112 -Sviluppo della nuova Intranet Aziendale | | E |
| Tem_113 -Gestione dei processi di autorizzazione e accreditamento per le strutture aziendali | Monitoraggio e supporto degli adempimenti conseguenti alle visite di autorizzazione ed | E |
| Tem_114 -Attuazione della nuova organizzazione | Completamento della nuova organizzazione secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale | E |
| Tem_115 -Implementazione di un "Sistema Qualità" uniforme in ambito provinciale nel rispetto della normativa in materia di accreditamento dei Provider | Implementare il "Sistema Qualità" nel rispetto della normativa | E |
| | Sperimentare il progetto di valutazione reale della ricaduta formativa in determinati percorsi formativi | E |
| Tem_116 -Sviluppo del processo di implementazione di specifiche piattaforme informatiche e di sviluppo di modalità formative innovative (FAD) | Favorire il massimo utilizzo della piattaforma tramite l'organizzazione di momenti formativi e di aggiornamento | E |

La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore

| Obiettivi | Indicatori (Risultato) |
|--|--|
| Tem_117 -Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale | N. Report annuale di attività (come da obiettivi regionali) |
| | Pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze |

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 il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la 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 2022-2024

| 1- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL CASERTA 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|---|------------------------------------|
| Ufficio | Direzione Generale/ UOC Gestione Risorse Umane | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 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 | |
| ATTIVITA' 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 | | 30/11/2022 |
| Diffusione della cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Istituto | | 30/11/2022 |
| Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento | | 30/11/2022 |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Codice di comportamento aggiornato | Si/No | |
| Tasso dipendenti sensibilizzati sul Codice di Comportamento | Numero dipendenti sensibilizzati/totale dipendenti | 100% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 2- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL Caserta 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|---|---|------------------------------------|
| Ufficio | Direzione Generale | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 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 | |
| ATTIVITA' DI RIFERIMENTO | | |
| Descrizione attività | Output | Analisi del rischio |
| Adozione aggiornamento "Linee guida per la rotazione del personale" | Linee guida per la rotazione del personale a | 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 aggiornamento "Linee guida per la rotazione del personale" | 30/11/2022 | |
| Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione | 30/11/2022 | |
| 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 | 30/11/2022 | |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Adozione aggiornamento "Linee guida per la rotazione del personale" | Sì/No | |
| Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione | Sì/No | |
| 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 | Numero dipendenti coinvolti/numero totale dipendenti | 100% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 3- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL Caserta 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|---|------------------------------------|
| Ufficio | RPC e Resp. Trasparenza | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 3. GESTIONE DEL CONFLITTO D'INTERESSI | | |
| Denominazione misura | Gestione del conflitto di interessi | |
| Descrizione misura | Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema | |
| Tipologia misura | Generale | |
| Responsabile dell'implementazione della misura | RPC | |
| ATTIVITA' 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 | | 30/11/2022 |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Attività di sensibilizzazione in materia di conflitto di interessi | Numero dipendenti coinvolti/numero totale dipendenti | 100% |
| Numero dei controlli | Numero dichiarazioni controllate/numero dichiarazioni totali | 10% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 4- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL Caserta 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|---|------------------------------------|
| Ufficio | RPC e RT / UOC Gestione Risorse Umane | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 4. INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI | | |
| Denominazione misura | Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi | |
| Descrizione misura | Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema | |
| Tipologia misura | Generale | |
| Responsabile dell'implementazione della misura | RPCe RT / Responsabile UOC Gestione Risorse Umane | |
| ATTIVITA' DI RIFERIMENTO | | |
| Descrizione attività | Output | Analisi del rischio |
| Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive ex. Art. 20 D.Lgs. 39/2013 | 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 <i>ex lege</i> | |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | 30/11/2022 | |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive | Si/No | |
| Verifica dell'effettiva attuazione della disciplina | Numero dichiarazioni | 100% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 5- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL Caserta 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|---|------------------------------------|
| Ufficio | Servizio Gestione Risorse Umane | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 5. ATTIVITA' 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 | |
| ATTIVITA' DI RIFERIMENTO | | |
| Descrizione attività | Output | Analisi del rischio |
| Verifica a campione della presenza della modulistica debitamente sottoscritta | Esito controlli su base campionaria | Controllabile dall'Amministrazione |
| Termine implementazione della misura | | |
| Verifica a campione | 30/11/2022 | |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Numero dei controlli | Numero dichiarazioni controllate /numero dichiarazioni totali | 10% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |
| | Garantire il continuo aggiornamento e la massima accessibilità dei contenuti pubblicati nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del portale istituzionale, in attuazione sia di obblighi normativi sia di scelte informative disposte dall'amministrazione | |

| 6- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL Caserta 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|---|---|------------------------------------|
| Ufficio | RPC | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 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 | RPC | |
| ATTIVITA' 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 | 30/11/2022 | |
| Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute | 30/11/2022 | |
| 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% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 7- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL Caserta 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|---|--|
| Ufficio | RPC /Servizio Formazione | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 7. FORMAZIONE | | |
| Denominazione misura | Formazione | |
| Descrizione misura | Interventi formativi/informativi finalizzati alla promozione della cultura della legalità e di intervento per la prevenzione e gestione del rischio di corruzione | |
| Tipologia misura | Generale | |
| Responsabile dell'implementazione della misura | RPC /Servizio Formazione | |
| ATTIVITA' 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) | 31/07/2022 | |
| Sessioni di sensibilizzazione, informazione, formazione | 30/11/2022 | |
| Monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione | 30/11/2022 | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Definizione sessione specifica del Piano 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 | Nr. formati da individuarsi anche in collegamento con il Piano della Performance |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 8- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO ASL Caserta 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|---|------------------------------------|
| Ufficio | UOC Gestione Risorse Economiche e Bilancio | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 8. PATTI DI INTEGRITA' | | |
| 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 | |
| ATTIVITA' DI RIFERIMENTO | | |
| Descrizione attività | Output | Analisi del rischio |
| Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia | Report | Controllabile dall'Amministrazione |
| Termini implementazione della misura | | |
| Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia | 30/06/2022 e 30/11/2022 | |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Numero di verifiche a campione | Numero pagamenti controllati - numero pagamenti totali | 100% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 9- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO INAPP 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|---|------------------------------------|
| Ufficio | UOC Gestione Risorse Umane - RPC e RT | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 9. GESTIONE DEL CONFLITTO D'INTERESSI | | |
| Denominazione misura | Prevenzione del conflitto di interessi nelle aree a maggior rischio di corruzione | |
| Descrizione misura | Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema | |
| Tipologia misura | Specifica | |
| Responsabile dell'implementazione della misura | Responsabile UOC Gestione Risorse Umane - RP C e RT | |
| ATTIVITA' 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 | 30/11/2022 | |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Numero dei controlli | Numero dichiarazioni controllate - numero dichiarazioni totali | 30% |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 10-SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO INAPP 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|---|---|------------------------------------|
| Ufficio | Direzione generale/UOC Gestione Risorse Umane | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 10. PANTOUFLAGE | | |
| Denominazione misura | Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>pantouflage</i>) | |
| 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 | |
| ATTIVITA' DI RIFERIMENTO | | |
| Descrizione attività | Output | Analisi del rischio |
| Predisposizione Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2022 con specifica clausola inerente <i>pantouflage</i> | 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 2022 con specifica clausola inerente <i>pantouflage</i> | 30/11/2022 | |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2022 con specifica clausola inerente <i>pantouflage</i> | Si/No | |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| OSAT 1 | Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato | |

| 11-SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO INAPP 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|---|--|------------------------------------|
| Ufficio | RPCT/SIA | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 11. MISURE DI DIGITALIZZAZIONE | | |
| Denominazione misura | Digitalizzazione dei processi finalizzata alla semplificazione delle | |
| 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 | RPCT/Responsabile SIA | |
| ATTIVITA' 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 | 30/11/2022 | |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | 30/11/2022 | |
| 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 | |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| OSAT 3 | Procedere con la mappatura dei processi e la loro digitalizzazione finalizzate alla semplificazione delle procedure, quest'ultima considerata una misura di prevenzione della corruzione particolarmente importante dal PNA 2019 | |

| 12- SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - PIAO INAPP 2022-2024 MISURE DI PREVENZIONE | | |
|--|--|------------------------------------|
| Ufficio | RPCT | |
| MISURA DI PREVENZIONE: 12. MAPPATURA DEI PROCESSI | | |
| Denominazione misura | Completamento mappatura dei processi inerenti le aree di rischio | |
| Descrizione misura | Completamento mappatura dei processi interni le aree di rischio | |
| Tipologia misura | Generale | |
| Responsabile dell'implementazione della misura | RPCT | |
| ATTIVITA' 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 | | 30/11/2022 |
| Monitoraggio dell'attuazione della misura | | 30/11/2022 |
| INDICATORE | | |
| Denominazione | Formula | Target |
| Rappresentazione schematica dei processi individuati | Si/No | |
| Report di monitoraggio | Si/No | |
| COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE | | |
| Codice obiettivo | Descrizione obiettivo | |
| OSAT 3 | Procedere con la mappatura dei processi e la loro digitalizzazione finalizzate alla semplificazione delle procedure, quest'ultima considerata una misura di prevenzione della corruzione particolarmente importante dal PNA 2019 | |

Ulteriori obiettivi schede 13-19

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | INDICATORE | TARGET 2022 | FONTI E DATI | SOGGETTI COMPETENTI |
|------------------------------|------------------------|--|---------------------------------|----------------------------|---|
| Prevenzione della corruzione | Gare sottosoglie | Affidamenti diretti /sul totale degli acquisti (Per valore economico) | Percentuale inferiore al 10 % | Adempimenti legge 190/2012 | Servizio Provveditorato |
| | | | | | Servizio Tecnico Manutentivo Serv. Tecnologie Sanitarie |
| | | | | | Servizio Informatico |
| | | | | | Servizio Economato |
| | | | | | Direzioni Amm.vi di Presidi |
| Prevenzione della corruzione | Gare sottosoglie | Acquisti di beni infungibili/Esclusivi/sul totale degli acquisti (per quantità e valore economico) | Percentuale inferiore al 10 % | Adempimenti legge 190/2012 | Servizio Provveditorato |
| | | | | | Servizio Tecnico Manutentivo Serv. Tecnologie Sanitarie |
| | | | | | Servizio Informatico |
| | | | | | Servizio Economato |
| | | | | | Direzioni Amm.vi di Presidi |
| Prevenzione della corruzione | Gare sottosoglie | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) | Percentuale inferiore al 10 % | Adempimenti legge 190/2012 | Servizio Provveditorato |
| | | | | | Servizio Tecnico Manutentivo Serv. Tecnologie Sanitarie |
| | | | | | Servizio Informatico |
| | | | | | Servizio Economato |
| | | | | | Direzioni Amm.vi di Presidi |
| Prevenzione della corruzione | Gare sottosoglie | Percentuale di gare con un'unica offerta valida | Percentuale inferiore al 40 % | Adempimenti legge 190/2012 | Servizio Provveditorato |
| | | | | | Servizio Tecnico Manutentivo Serv. Tecnologie Sanitarie |
| | | | | | Servizio Informatico |
| | | | | | Servizio Economato |
| | | | | | Direzioni Amm.vi di Presidi |
| Prevenzione della corruzione | Gare sottosoglie | N. di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa sul numero di acquisti totali | Percentuale inferiore al 10 % | Adempimenti legge 190/2012 | Servizio Provveditorato |
| | | | | | Servizio Tecnico Manutentivo Serv. Tecnologie Sanitarie |
| | | | | | Servizio Informatico |
| | | | | | Servizio Economato |
| | | | | | Direzioni Amm.vi di Presidi |
| Prevenzione della corruzione | Pagamenti/Liquidazione | N. di pagamenti effettuati in ritardo rispetto ai tempi contrattualmente previsti | Percentuale inferiore all'unità | | Servizio Controllo Centri accreditati |
| | | | | | Tutti i servizi aziendali |
| Prevenzione della corruzione | Fatturazione | | | | Servizio Economico Finanziario |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------|--|--|
| | | Percentuale di fatture registrate in contabilità non corrette | Percentuale inferiore al 10 % | | |
| Prevenzione della corruzione | Commissioni di Gara /Concorsi | N. di componenti di commissione esam. presenti in oltre il 20% delle commissioni di gara/concorsi per l'anno in corso | Percentuale inferiore al 20 % | | Servizio Gestione Risorse Umane Servizio Provveditorato |
| Prevenzione della corruzione | Commissioni di Gara /Concorsi | Percentuali di Autocertificazione per conflitti di interesse/N. componenti commissioni | Percentuale al 100 % | | Servizio Gestione Risorse Umane Servizio Provveditorato |
| Prevenzione della corruzione | Liste di Attesa/ Attività Alpi | N.di prestazioni erogate in intra moenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali | Percentuale inferiore al 40 % | | Servizio Gestione Risorse Umane Servizio Provveditorato |

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | INDICATORE | TARGET 2022 | FONTI E DATI | SOGGETTI COMPETENTI |
|-------------------------------------|---|---|--|--|--|
| Prevenzione della corruzione | Verifica e controllo della gestione delle attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero | Report su Controllo sistematico delle attività conseguenti al decesso al fine di uniformare i comport degli operatori coinvolti | 100% verifiche Reports su verifiche effettuate | Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2020 - 2022 Sito aziendale | Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile |

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | INDICATORE | Target 2022 | FONTI E DATI | SOGGETTI COMPETENTI |
|-------------------------------------|--|--|---|--|---|
| 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 ASM | 100 % verifiche Reports su verifiche effettuate | Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2020 - 2022 Sito aziendale | Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile Coordinatori del Servizio Infermieristico |

Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza

Sono stati definiti alcuni obiettivi strategici ed operativi relativi all'empowerment con l'evidenziazione dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2021 e la definizione di nuovi obiettivi e dei relativi dei target prefissati sino al 2022.

Gli stessi obiettivi sono esplicitati con maggiore dettaglio nella sezione "Trasparenza".

Ed in particolare:

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 Trasparenza (1-14)

| AREA STRATEGICA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | INDICATORE | Risultato 2019 | TARGET 2022 | 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 | 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 | Dirigenti delle UU.00 |
| | | | | | | Documento di attestazione trasparenza | |
| 2- Trasparenza | Rafforzamento della circolarità delle comunicazione con i cittadini | Sondare 'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito az. | Organizzazione della giornata della trasparenza | | | Sito aziendale Responsabile Trasparenza | Dirigenti delle UU.00 |

| Area Tematica | Obiettivo 2022 | Servizio competente | Tipo indicatore |
|--|----------------|----------------------|-----------------|
| 3- Monitoraggio per la rilevazione quantitative e qualitative degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" | 100% | Servizio Informatico | E |
| 4-Sistemi per contare gli accessi alla sezione | 100% | Servizio Informatico | E |
| 5-Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione | 100% | Servizio Informatico | E |
| 6- Sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine web in cui è strutturata la sezione | 100% | Servizio Informatico | E |
| 7-Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione | 100% | Servizio Informatico | E |
| 8- Sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se l'ha già consultata in precedenza | 100% | Servizio Informatico | E |
| 9-Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti | 100% | Servizio Informatico | E |
| 10-Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccoglierne i giudizi | 100% | Servizio Informatico | E |
| 11-Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempimenti relativamente alla pubblicazione dei dati | 100% | Servizio Informatico | E |
| 12-Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione | 100% | Servizio Informatico | E |
| 13-Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi | 100% | Servizio Informatico | E |
| 14-Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini | 100% | Servizio Informatico | E |

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 delle Macrostrutture, i Direttori pro-tempore delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali.

Schede Obiettivi Privacy 1-7

| Area Tematica | Obiettivo 2022 | Servizio competente | Tipo indicatore |
|--|----------------|-------------------------------|-----------------|
| 1-Nomina Delegati al trattamento | 100% | DG/Ref.Privacy | E |
| 2- Produrre informative per "Autorizzati al trattamento dati" | 100% | Ref.Privacy | E |
| 3- Individuazione "Autorizzati al trattamento dati" e consegna informative | 100% | Tutti I Delegati | E |
| 4- Aggiornamento Linee Guida | 100% | Ref.Privacy | E |
| 5- Aggiornamento DPIA | 100% | Ref.Privacy | E |
| 6- Attivare formazione Privacy per I Delegati | 100% | Serv.Formazione e Ref.Privacy | E |
| 7- Attivare formazione Privacy per autorizzati al trattamento dati | 100% | Serv.Formazione | E |

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 dell'ASL Caserta 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.

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.

Tabella Punteggio LEA 2020/2021 Distrettuale

| | Peso | Risult. 2020 | Punt. 2020 | Punt. finale 2020 | Risult. 2021 | Punteggio 2021 | Punteggio finale 2021 |
|---|------|--------------|------------|-------------------|--------------|----------------|-----------------------|
| 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 | 2 | 27,44 | 100,00 | 200 | 0 | 100 | 200 |
| D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | 2 | | 100,00 | 200 | 0 | 100 | 100 |
| D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | 1 | 19,00 | 95,57 | 95,5716 | 29,58 | 70,43 | 70,43 |
| D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. | 1 | 52,10 | 12,60 | 12,6 | 67,04 | 69,38 | 69,38 |
| D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici | 1 | 17,50 | 100,00 | 100 | 4090,5 | 100 | 100 |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1 | | 2,62 | 60,57 | 3,00 | 71,43 | | |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2 | | 2,31 | 87,33 | 2,41 | 94,00 | | |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 | | 1,52 | 61,60 | 1,65 | 72,00 | | |
| D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) | 1 | 5,18 | 70,45 | 70,4523872 | 5,18 | 79,61 | 79,61 |
| D27Z Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche. | 1 | 6,00 | 80,98 | 80,97621 | 5,71 | 86,09 | 8 |
| D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | 1 | 11,00 | 12,00 | 12 | 7,45 | 4,90 | 4,9 |
| D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura). | 1 | | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Punteggio complessivo | | | | 63,51 | | | 67,83 |

Tabella Punteggio LEA 2020 Prevenzione

| | Peso | Risultato 2020 | Punteggio | Punteggio finale | Risultato 2021 | Punteggio | Punteggio finale |
|---|------|----------------|-----------|------------------|----------------|-----------|------------------|
| P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | 2 | 94,32 | 90,93 | 181,86 | 94,54 | 93,86 | 187,73 |
| P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | 2 | 92,18 | 62,40 | 124,79 | 93,99 | 86,53 | 173,06 |
| 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 | 2 | 84,04 | 78,72 | 157,43 | 100 | 100 | 199,99 |
| 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 | 2 | 100 | 100,00 | 200,00 | 100 | 100 | 199,99 |
| P14C Indicatore composito sugli stili di vita | 1 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0 |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato mammella | | 14,44 | 10,66 | 0,00 | 19,39 | 22,54 | 0 |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina | | 6,47 | 0,00 | 0,00 | 10,93 | 3,72 | 0,00 |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato colon retto | | 5,41 | 0,00 | 0,00 | 4,55 | 0,00 | 0,00 |
| P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto | 2 | | 3,55 | 7,10 | | 8,75 | 17,50 |
| Punteggio Complessivo | | | | 61,02 | | | 70,75 |

Tabella Punteggio LEA 2020 /2021 Ospedaliera

| | Peso | Risultato 2020 | PUNTEGGIO | Punteggio finale | Risultato 2021 | Punteggio | Punteggio Finale |
|--|------|----------------|-----------|------------------|----------------|-----------|------------------|
| H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti | 2 | 51,99 | 100,00 | 200,00 | 74,94 | 100,001 | 200,00 |
| H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui | 2 | 43,02 | 22,14 | 44,28 | 27,7 | 8,87 | 17,75 |
| H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario | 2 | 0,11 | 100,00 | 200,00 | 0,09 | 100 | 100,00 |
| H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | 2 | 95,05 | 100,00 | 200,00 | 83,52 | 87,04 | 174,08 |
| H13C Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. | 2 | 77,01 | 94,02 | 188,04 | 73,94 | 87,88 | 175,76 |
| H17C % di Parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno | | 42 | 0,00 | 0,00 | 34,69 | 1,27 | 0,00 |
| H18C % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno | | 38,66 | 2,53 | 0,00 | 33,9 | 13,94 | 0,00 |
| H17+H18 | 2 | | 0,99 | 1,97 | | | |
| Punteggio Complessivo | | | | 69,52 | | | 65,00 |

Riepilogo obiettivi distrettuali
Orientamenti/Trend di riferimento per l'anno budget (2022-2024)

| |
|---|
| Obiettivi LEA |
| Potenziamento attività LEA Sociosan |
| Manutenzione ed aggiornamento anagrafe assistiti |
| Controlli esenzione ticket e riscontro ricorsi |
| Attività Covid (Team Spoke e supporto attività vaccinali) |
| Ambulatori della cronicità - incremento utenti per il 2022 |
| Governo liste d'attesa |
| Attività di controllo Case di cura, Centri diagnostici e Centri di riabilitazione |
| Corretta gestione del ciclo passivo con aggiornamento nei vari flussi dei dispositivi sanitari |
| Incrementare percentuale di raggiungimento adempimento LEA "% spesa repertoriata su bilancio" |
| Area Materno Infantile: Obiettivi Vaccinazioni Esavalente, MPR, Antinfluenzale |
| Area Assistenza domiciliare: Incrementare indicatore LEA Ministeriali |
| Area Assistenza Sanitaria di Base: Controllo Autocertificazione esenzione ticket e riscontro ricorsi come da regolamento aziendale-Manutenzione anagrafe assistiti |
| Area Materno Infantile e distrettuale: Incrementare le attività degli screening con obiettivo distrettuale di: a) Cervice uterina (25-65 anni); Ca mammella; Ca del Colon (50-69 anni). |
| Area Assistenza Riabilitazione: Registrare correttamente nei programmi aziendali e regionali Saniarp Lea e Saniarp Riabilitazione-Attività di controllo dei centri di Riabilitazione |
| Area Assistenza sociosanitaria: Implementazione informatica della scheda UVI e del programma informatico regionale |
| Attività specialistica nei centri accreditati e prestazioni di Ricovero nelle Case di Cura accreditate-Controlli |
| Presenza in carico nei nuclei e nei Servizi Territoriali di neuropsichiatria infantile del 100% degli utenti con disturbi dello spettro autistico |

Ob_Dis_2022-2024

| Indicatore di risultato | Risultati anni precedenti | | | | Budget/obiettivi 2022-2024 | | | |
|--|---------------------------|--------|-------|-------------|--|------|-----------|-------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Obiettivo | Peso | Risultato | Valut |
| 1-Vaccinazione esavalente (1) | 96,71 | 95,65 | 94,34 | 94,54 | >95% | 5 | | |
| 2-Vaccinazione MPR (2) | 93,54 | 94,76 | >92 | 93,99 | >92% | 5 | | |
| 3-Vaccinazione antinfluenzale (3) | 51,58 % | | | | >65% | 5 | | |
| 4-Screening Ca della Cervice | 29,96 % | 32,48% | % | 10,93% | >25% | 5 | | |
| 5-Screening Ca della Mammella | 40,70% | 38,00% | 18,63 | 19,39% | >35% | 8 | | |
| 6-Screening Ca del Colon Retto | 26,20 % | 25,64% | 9,94% | 4,5% | >25% | 10 | | |
| 7-Statistica CIA (D22Z - CIA 1) | - | | | 2,33 | 2,6 | 2 | | |
| 8-Statistica CIA (D22Z - CIA 2) | - | | | 1,94 | 1,9 | 2 | | |
| 9-Statistica CIA (D22Z - CIA 3) | - | | | 2,09 | 1,5 | 1 | | |
| 10-Attività dei Team Spoke: N. prestazioni domiciliari | | | | 80% | 100% | 4 | | |
| 11-Attività dei Team Spoke: N. teleconsulti | | | | 80% | 100% | 3 | | |
| 12-Copertura % ambulatori della Cronicità | | | | Attivazione | 20% | 8 | | |
| 13-Supporto attività vaccinale Covid-19 | | | | | Almeno 5 risorse | 2 | | |
| 14-Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati | | | | | Rispetto tempistica Delibera Aziendale n.1155 del 17/07/2021 | 8 | | |
| 15-Attività di controllo nei centri di Riabilitazione | | | | | Rispetto tempistica Delibera Aziendale n.1155 del 17/07/2021 | 5 | | |
| 16-Attività di controllo nelle case di Cura Accreditate | | | | | Rispetto tempistica Delibera Aziendale n.1155 | 5 | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|----|--|--|
| | | | | | del 17/07/2021 | | | |
| 17-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | | | | | >90% | 5 | | |
| 18-Attività di controllo sulla spesa farmaceutica convenzionata con controlli MMGG e incremento riunioni UCAD | | | | | Riscontro analitico relazioni farmaceutiche /N.riunioni UCAD | 5 | | |
| 19-Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e vigilanza sulla corretta attuazione da parte dei MMG sulle classi di priorità | | | | | < 5% del 2021 | 2 | | |
| 20-Presa in carico nei nuclei e nei Servizi Territoriali di neuropsichiatria infantile del 100% degli utenti con disturbi dello spettro autistico | | | | | 100% | 10 | | |

Area dell'Assistenza Ospedaliera Orientamenti/Trend di riferimento per l'anno budget (2022)

| |
|---|
| Ridurre i ricoveri per ASMA Pediatrica, Gastroenterite Pediatrica, BPCO, Diabete con complicanze a breve e a lungo termine e Scompenso Cardiaco |
| Ridurre o eliminare del tutto i DH diagnostici |
| Ridurre i DH medici |
| Migliorare gli indici LEA |
| Incrementare la percentuale di interventi per frattura femore entro le 48 ore > 65 anni |
| Migliorare gli indicatori di performance e qualità dei ricoveri |
| Ridurre la degenza media dei ricoveri, la degenza pre-operatoria, incrementare le attività ambulatoriale |
| Ridurre i Parti Cesarei Primari nei limiti del 20% complessivo |
| Chiudere le SDO entro 48 ore |
| Governo delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici |
| Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario |
| Corretta gestione delle giacenze dei materiali sanitari |
| Adempimenti Privacy-aggiornamento di tutte le procedure e relativo monitoraggio |
| Infezioni ospedaliere-Monitoraggio |
| Massima trasparenza nei flussi interni dei degenti, ospiti e operatori esterni |

Ob_Att_PO_2022-2024

| Indicatore di risultato | Risultati anni precedenti | | | | Scheda budget/Obiettivi 2022-2024 | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--------|--------|--------|-----------------------------------|------|-----------|-------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Obiettivo | Peso | Risultato | Valutazione |
| 1-Ricoveri ordinari | 8.844 | 7.937 | 5.646 | 6.211 | >10% | 2 | | |
| 2-Giornate di degenza | 53.051 | 48.131 | 39.249 | 40.384 | >10% | 2 | | |
| 3-Degenza media | 5,91 | 5,97 | 6,80 | 6,42 | -2% | 4 | | |
| 4-Peso totale | 9.220 | 9.946 | 7.361 | | | | | |
| 5-Peso medio ricoveri ordinari | 1,03 | 1 | 1,1 | 1,18 | >2% | 4 | | |
| 6-Indice di occupazione media | 79,08 | 77,65 | 71,10 | 69,82 | >5% | 4 | | |
| 7-Ricoveri in day hospital | 2.055 | 1.777 | 1.261 | 2.557 | >2% | 4 | | |

| | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|---------------|------------|--|--|
| 8-Ricoveri ripetuti | 203 | 193 | 94 | 168 | -5% | 3 | | |
| 9-Ricoveri per Asma Pediatrica | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | | |
| 10-Ricoveri per Gastroenterite Pediatrica | 3 | 3 | 5 | 1 | 0 | 3 | | |
| 11-Ricoveri per BPCO | 2 | 2 | 4 | 6 | 0 | 3 | | |
| 12-Ricoveri per Diabete | 22 | 21 | 18 | 12 | 0 | 3 | | |
| 13-Ricoveri per scopenso | 95 | 75 | 53 | 52 | =2021 | 4 | | |
| 14-DH Diagnostici | 344 | 65 | 72 | 70 | -10% | 3 | | |
| 15-DH Medici (accessi) | 10.362 | 9493 | 5073 | 5244 | -10% | 2 | | |
| 16-Chiusura SDO in 48h | | | | | >80 % | 8 | | |
| 17-Degenza pre-operatoria | 0,61 | 0,47 | 0,46 | 0,47 | =2020 | 3 | | |
| 18-% Parti cesarei primari | 27,48% | 26,83% | 30,20% | 22,74% | 20% | 10 | | |
| 19-% Ricoveri oltre soglia | 1,8% | 2,3% | 4,3% | 4% | -2% | 2 | | |
| 20-% Ricoveri chirurgici | 35,3% | 28,7% | 22,4% | 16,4% | >10% | 5 | | |
| 21-% Frattura femore >65 anni entro 48h | 63,50% | 74,67% | 74,88% | 80,62% | >75% | 5 | | |
| 22-Governo delle liste di attesa degli interventi chirurgici | | | | | 100% | 5 | | |
| 23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | | | | | >90% | 5 | | |
| 24-Corretta gestione delle giacenze materiali sanitari | | | | | 100% | 2 | | |
| 25-Adempimenti privacy | | | | | 100% | 5 | | |
| 26-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio | | | | | 100% | 3 | | |
| 27-Massima Tra-sparenza flussi in-terni degenti, Osp. ed operat. esterni | | | | | 100% | 3 | | |
| | | | | | Totale | 100 | | |

Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19

| Area Obiettivo | Obiettivo | Valore obiettivo2022 | |
|--|--|--|--|
| A.1 – Contact Tracing | A.1.1 Potenziare le Risorse umane distante al Contact Tracing | >30 % rispetto al 2020 | |
| | A.1.2 Completare le indagini epidemiologiche entro 12 ore e attivare le misure di isolamento o quarantena | Registrare sul Portale i contatti stretti | Procedere alla richiesta dei Tamponi |
| A.2 – Esecuzione dei Tamponi Molecolari | A.2.1 Potenziare I Team che effettuano tamponi molecolari | Evadere le richieste dei Tamponi molecolari entro 24-48 h dalla prescrizione | |
| A.3 –Razionalizzazione delle attività dei Laboratori con riduzione dei tempi di refertazione ed attivazione dei turno 6,00-24,00 | A.3.1 Ridurre I tempi di refertazione dalla consegna | Refertare entro max 12-18 dall'accettazione dei campioni | |
| | Firma digitale dei referti entro 30 min dalla processazione dei campioni | | |
| A.4 – Piano Vaccinale | A.4.1 Potenziare le equipe vaccinali dedicando più Risorse sia alla fase di reclutamento che a quella di esecuzione | Mantenere attivi tutti I centri vaccinali | Raggiungere e superare la soglia del 90% delle II Dosi e 95 % delle terze dosi Over 12- Per le vaccinazioni pediatriche raggiungere la soglia del 50% del target |
| | A.4.2 –Organizzare equipe distrettuali per la somministrazioni di vaccini in sede domiciliare. | Almeno 1 equipe per ogni distretto | Come per il 2021 |
| | a.4.3- Per l'area del Provveditorato e dei Servizi tecnici –Supportare l'organizzazione ed il potenziamento delle postazioni vaccinali | Forniture DPI,Tamponi etc | Come per il 2021 |
| A.5 – Attività Team Spoke | A.5.1 Potenziare le attività dei Team Spoke distrettuali sia con un maggior numero di Risorse sia con una migliore razionalizzazione operativa | Contattare con frequenza giornaliera I soggetti positive con valori medi critici | Come per il 2021 |
| | | Contattare I soggetti positivi con valori di media o bassa criticità con frequenza tri settimanale | Come per il 2021 |
| | A.5.2 Potenziare il numero di controlli domiciliari per I casi critici riducendo il numero di ricoveri nelle strutture CoVID | Ridurre la pressione dei ricoveri nei due PPOO Covid e ridurre I tempi di degenza | Come per il 2021 |
| | A.5.3 Aggiornamento giornaliero del Portale con I dati clinici e dei vari indicatori | Aggiornare il Portale Sani.arp e Sinfonia | Come per il 2021 |
| | A.5.4 Razionalizzare l'utilizzo degli USCA | | |
| A.6 – Logistica- Acquisito DPI e Distribuzione | A.6.1 Intensificare e velocizzare le procedure di acquisto dei DPI e dei presidi sanitari | | |
| | A.6.2 Razionalizzare la distribuzione dei DPI presso gli operatori sanitario | Definire un protocollo omogeneo | Come per il 2021 |
| A.7 – Piena funzionalità dei due Presidi Covid | A.7 – Garantire supporto ai due Presidi COVID da parte del personale degli altri PPOO | Garantire supporto ai due Presid COVID da parte del personale degli altri PPOO | + 30 % rispetto al 2021 |
| A.8 – Attivare almeno 4 P.L. pediatrici | A8- Attivare 4 P.L di Pediatria nel PO di Aversa | | |
| A.8 – Attivare P.L. di Ostetricia con sala parte COVID | A9- Attivare un minimo di PL. di Ostetrica con sala parto dedicate al Covid | | |
| A.8 – Attivare P.L. di T.I. nel Po di Marcianise | A9- Attivare entro il mese di Febbraio P.L. di Terapia Intensiva nel PO di Marcianise | | |

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.

2.3 Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

La sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e che vanno formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Il presente Piano è stato elaborato tenendo conto dell'attuale organizzazione della ASL di Caserta e dell'attività concretamente svolta dall'ASL.

La gestione del rischio, coerentemente con le indicazioni diramate dall'A.N.AC. e in continuità rispetto all'attività sinora svolta dall'Azienda, ha ripercorso - in un'ottica di aggiornamento - le fasi di seguito riepilogate.



Analisi del Contesto

La prima fase del processo di gestione del rischio attiene all'analisi del contesto attraverso cui è possibile ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Azienda, anche in relazione alle variabili proprie del contesto territoriale in cui essa opera.

A tal proposito, la Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 richiede di analizzare:

- **il contesto esterno**, relativo alle caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera, con riferimento a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio. In tal senso, vanno considerati sia i fattori legati al territorio di riferimento, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni, al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta, per poter indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

- **il contesto interno**, relativo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa dell'Azienda, e conduce alla mappatura dei processi aziendali. Quest'ultimo viene descritto nella sottosezione Organizzazione dell'Azienda.

| Caratteristiche principali Caserta | (V.A.) | % sulla regione |
|------------------------------------|----------|-----------------|
| Superficie | 2.651,35 | 19,42% |
| Comuni | 104 | 18,87% |
| Abitanti | 924.166 | 15,55% |
| Imprese registrate a sett 2009 | 86.656 | 15,81% |

La struttura per età si presenta straordinariamente giovane, al pari di quella della vicina Napoli: la quota degli under 14 sul totale della popolazione (17,5%) è infatti la seconda più alta in ambito nazionale, preceduta solamente dal capoluogo di regione.

Al contempo la percentuale di over 65 risulta essere la seconda più bassa del paese (14,6%). L'analisi della piramide dell'età per sesso mette in mostra un certo deficit di uomini in età lavorativa, comunque in linea alla media nazionale, mentre la componente femminile presenta un certo esubero. La percentuale di immigrati/extracomunitari sul totale degli stranieri si colloca al di sopra del dato nazionale (76,3% contro il 72,8 del dato medio nazionale).

L'indice di vecchiaia (anziani rapportati ai bambini 0-14 anni) è pari a 113,3 rispetto al valore medio di 144,5.

Il numero di grandi anziani (85-100 anni) è pari a 16.684 anni (1,8 %).

Le condizioni socio economiche

| Anno | Indice di dipendenza strutturale | Indice di ricambio della popolazione attiva | Indice di struttura della popolazione attiva | Indice di carico di figli per donna feconda | Indice di natalità (x 1.000 ab.) | Indice di mortalità (x 1.000 ab.) |
|------|----------------------------------|---|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1 gen-31 dic | 1 gen-31 dic |
| 2010 | 46,8 | 81,8 | 92,3 | 25,6 | 10,6 | 8,1 |
| 2011 | 46,7 | 85,8 | 94,5 | 25,2 | 10,1 | 8,2 |
| 2012 | 47,3 | 87,7 | 97,5 | 24,8 | 9,8 | 8,5 |
| 2013 | 47,5 | 88,4 | 99,6 | 24,5 | 9,4 | 8,3 |
| 2014 | 47,7 | 88,3 | 101,9 | 24,3 | 9 | 8,1 |
| 2015 | 47,9 | 91,1 | 104,8 | 24,3 | 9,1 | 8,9 |
| 2016 | 48,1 | 93,1 | 107,1 | 24,4 | 8,9 | 8,7 |
| 2017 | 48,2 | 94,7 | 109,4 | 24,8 | 8,8 | 9,1 |
| 2018 | 48,2 | 98,2 | 111,6 | 24,9 | - | - |

Particolarmente significativo è l'indice di dipendenza strutturale che evidenzia una grossa criticità in merito al carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). **In provincia di Caserta nel 2018 ci sono 48,2 individui a carico, ogni 100 che lavorano.**

Indice di ricambio della popolazione attiva: Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, in provincia di Caserta nel 2018 l'indice di ricambio è 98,2 e significa che la popolazione in età lavorativa più o meno si equivale fra giovani ed anziani.

Indice di struttura della popolazione attiva: Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Le condizioni socio-economiche sono considerate tra i più potenti determinanti di salute di una popolazione: l'evidenza scientifica prodotta negli ultimi decenni in diversi Paesi ha concordemente dimostrato come la scarsa istruzione, la disoccupazione e le conseguenti modeste risorse economiche delle famiglie siano associate a stili di vita scadenti i quali, a loro volta, aumentano il rischio di raggiungere livelli di salute insoddisfacenti.

Il reddito medio è pari a 7.093 euro.

Alla luce di queste premesse, purtroppo, è "fisiologico" attendersi in Campania una popolazione che manifesti condizioni di salute sensibilmente peggiori rispetto a quelle di cittadini residenti in altre Regioni, caratterizzate, queste ultime, da un profilo socio-economico più favorevole.

Appena dopo quello della Sicilia, la nostra regione presenta il tasso di disoccupazione giovanile 15-24 anni più alto dell'intero Paese: dati recenti indicano per la nostra regione un tasso pari al 32% contro un dato medio nazionale pari al 20%; non ci si meravigli, dunque, se in Campania una famiglia su cinque vive una condizione di povertà, mentre in Italia ciò interessa mediamente una famiglia su dieci. I recenti dati Eurostat mostrano come, a dispetto di un PIL pro capite nazionale pari a circa 24.300 €, quello

campano è il più basso di tutte le regioni italiane e ammonta a poco meno di 15.500 €; ancora una volta, all'interno della Regione, **il primato relativo alle condizioni socio-economiche più scadenti spetta alle province di Napoli e Caserta.**

La sicurezza nella provincia di Caserta

Dall'archivio storico del Ministero dell'interno al sito www1.interno.gov.it/mininterno/ è possibile evidenziare che:

Il territorio (della provincia di Caserta n.d.a) è caratterizzato da un elevatissimo tasso di criminalità e, conseguentemente, dalla diffusione di vari fenomeni di criminalità comune ed organizzata. Tuttavia, i dati relativi ai reati più gravi denunciati negli ultimi tre anni denotano un trend che, dopo una drastica riduzione nell'anno 1999 (con una diminuzione del 28% circa rispetto al 1998), si è confermato tendenzialmente stabile nell'anno 2000 (2% in più rispetto al 1999). Peraltro, per alcuni tipi di reato di forte impatto sociale (omicidi, rapine, furti) viene registrata una diminuzione anche nel corso del 2000, a riprova dell'azione di contrasto condotta dalle forze dell'ordine, com'è dimostrato dalla costante, e sensibile, crescita del dato relativo agli arresti effettuati o, per quanto riguarda la criminalità organizzata, alle associazioni di tipo mafioso denunciate. La connessione tra questi due dati (diminuzione dei reati, aumento degli arresti) evidenzia l'incidenza dell'operato delle forze dell'ordine sul contenimento del fenomeno. Destano allarme reati quali le rapine ed i furti, questi ultimi oggetto di vive proteste da parte delle popolazioni locali, soprattutto per quelli compiuti in appartamenti, talvolta presenti gli stessi proprietari. Lungo il litorale domitio e nei comuni limitrofi, insieme ai locali insediamenti camorristici, si registra una folta presenza di criminalità straniera (immigrati albanesi ed africani), dedita al traffico di stupefacenti e di valuta ed allo sfruttamento della prostituzione, fenomeno, quest'ultimo, peraltro, in diminuzione, anche per lo spostamento verso altre aree meno controllate.

- **Il fenomeno delittuoso di maggiore rilevanza nella Provincia**

In una provincia vasta e popolosa assillata da un'antica e violenta presenza di articolati sodalizi criminosi, i fenomeni delittuosi di maggiore rilevanza (estorsione e traffico di stupefacenti) continuano ad essere gestiti dalla criminalità organizzata, in particolare nei comuni dell'agro aversano, di Marcianise e del litorale domitio, in quanto ivi insistono, storicamente, i clans camorristici più agguerriti.

- **Le principali attività di contrasto**

La notevole mole di indagini, con l'arresto di pericolosissimi esponenti di spicco delle organizzazioni camorristiche, pur confermando la validità e l'efficacia dell'azione di contrasto da parte delle forze di polizia, ha consentito anche la disarticolazione di segmenti dell'apparato criminale. L'efficacia dell'attività di indagine combinata con un'intensificata azione di controllo del territorio è testimoniata dal notevolissimo aumento del numero delle associazioni di tipo mafioso denunciate (4 nel 1998 e nel 1999, ben 24 nel 2000). Particolare attenzione, attraverso l'attivazione di ogni strumento disponibile, viene dedicata all'azione di prevenzione delle infiltrazioni camorristiche negli appalti pubblici. Sono stati, infatti, disposti nel 2000 n.14 approfonditi accertamenti nei confronti di ditte oggetto di richieste ai sensi del D.P.R. 252/98, con i poteri già dell'Alto commissario. In merito, opera un apposito Gruppo, presieduto da un funzionario di prefettura e composto da funzionari e ufficiali delle forze dell'ordine (compresa la D.I.A.), che, grazie al continuo scambio d'informazioni, ha reso possibile il rilascio di 28 informazioni interdittive antimafia nell'anno 2000.

Già nel 1998, i risultati di un'indagine sulla "qualità della sicurezza pubblica nelle 103 province italiane" realizzata dalla Lega delle Autonomie Locali, che ha misurato il "rischio-crimine" nei diversi territori in base a precisi parametri, tra cui non solo il numero delle denunce pervenute, ma anche il livello di efficienza degli organi preposti a reprimere la criminalità e il funzionamento della "macchina" giudiziaria mostrava che, tenendo conto sia del numero delle denunce riferite a differenti tipologie di reato, che del livello di efficienza repressivo-giudiziario, Caserta è l'area maggiormente a rischio, e Bari in assoluto è l'ambito locale a più alto tasso di criminalità inoltre collocava Caserta tra le "cinque province, tutte del Mezzogiorno, in assoluto le più pericolose (fonte Repubblica .it)

Dall'indagine emergono alcune curiosità relative alla diffusione nell'ambito locale di alcune tipologie di reato. Se si esamina invece un'altra fattispecie di reato, quella della "criminalità manipolatoria" (truffa, assegni a vuoto, usura e in generale reati contro l'economia), l'area più pericolosa è quella di Roma e provincia, ed in questa classifica precede il Casertano, la provincia di Reggio Calabria, Latina e Viterbo. Si ritiene utile infine riportare gli indici di microcriminalità rilevati nelle Mappe delle denunce

pubblicate dal Sole24 ore dal quale si evince che

Oltre 6.600 reati vengono commessi e denunciati ogni giorno in Italia, circa 277 ogni ora. Un dato in calo del 2,3% nel 2017 su base annua, in linea con le flessioni degli anni precedenti, ma che si riflette con dinamiche differenti su base provinciale. A dirlo sono i dati riferiti al 2017 forniti al Sole 24 Ore dal dipartimento di Pubblica Sicurezza del ministero dell'Interno, che fotografano unicamente i delitti "emersi" in seguito alle segnalazioni delle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo Forestale dello Stato, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Polizia Provinciale, Guardia Costiera). Restano nell'ombra i fenomeni di microcriminalità, anch'essi diffusi sul territorio, ma che per diversi motivi sfuggono al controllo delle autorità e la cui comunicazione da parte delle vittime a volte non è affatto scontata.

Per quanto riguarda la provincia di Caserta, va sottolineato che negli ultimi quattro anni la posizione nella particolare graduatoria delle 106 province italiane considerate, relative a 18 differenti tipologie di reato è praticamente rimasta inalterata infatti nel 2016 si è classificata al 65° posto; nel 2017 si è classificata al 50° posto; nel 2018 si è classificata al 49° posto e nel 2019 si è classificata al 50° posto.

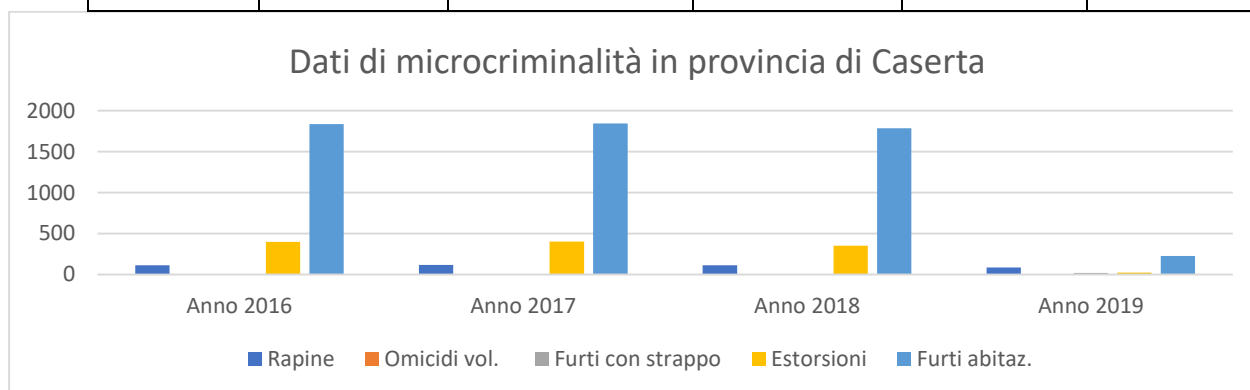
Diversa è la situazione se si considera la graduatoria delle 106 province per tipologia di reato ad esempio "le rapine" allora in questo caso si può vedere che nell'anno 2019 Caserta è balzata 3° in graduatoria.

| Anno | Rapine (*) | Posizione in Graduatoria |
|-----------|------------|--------------------------|
| Anno 2016 | 111.9 | 68 |
| Anno 2017 | 116.6 | 62 |
| Anno 2018 | 111.0 | 55 |
| Anno 2019 | 85.5 | 3 |

dati di criminalità nella Provincia di Caserta

(*) per le principali tipologie di delitto (denunce ogni 100mila abitanti).

| Anno | Rapine (*) | Omicidi volontari (*) | Furti con strappo(*) | Estorsioni (*) | Furti in abitaz. (*) |
|-----------|------------|-----------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| Anno 2016 | 111.9 | 4.1 | 2.4 | 396.3 | 1836.3 |
| Anno 2017 | 116.6 | 2.6 | 1.9 | 402.2 | 1841.3 |
| Anno 2018 | 111.0 | 3.2 | 2.3 | 349.6 | 1783.5 |
| Anno 2019 | 85.5 | 0.8 | 20.8 | 24.1 | 227.5 |
| | | | | | |



Rischi relativi al contesto esterno e misure a contrasto

L'analisi del contesto territoriale in cui opera l'Asl di Caserta, in particolare per quanto riguarda i dati ricavati dell'archivio storico del Ministero dell'interno riportati nel paragrafo **La sicurezza nella**

provincia di Caserta permettono di rilevare e sintetizzare nella Tabella che segue i Rischi relativi al contesto esterno di rilevanza per la ASL di Caserta e le principali misure a contrasto degli stessi.

L'analisi del contesto interno, come indicato nella determina ANAC 12/2015 Aggiornamento del PNA 2015, ha riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che possono influenzare la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'ASL di Caserta.

L'obiettivo ultimo è che tutta l'attività svolta venga analizzata, in particolare attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

In proposito, nell'aggiornamento del P.N.A.2015 (cfr., in particolare, la Determinazione A.N.AC. 12/15) si individuano le seguenti aree di rischio c.d. **"generali e obbligatorie"**:

| | |
|---|--|
| I | Area di Rischio c.d. "generali e obbligatorie" |
| A | Personale |
| B | Contratti pubblici |
| C | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| D | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| E | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| F | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni |
| G | Incarichi e nomine |
| H | Affari legali e contenzioso |
| I | |
| J | |

La Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 più volte richiamata, in relazione al settore Sanità, ha altresì individuato le seguenti **aree di rischio cd. "specifiche"**:

| | |
|---|---|
| I | Area di Rischio c.d. "specifiche Settore Sanità [determina ANAC 12/2015]" |
| I | Attività libero professionale e liste di attesa e |
| J | Rapporti contrattuali con privati accreditati |
| K | Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni |
| L | Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero |

L'ANAC ha infine precisato che alle aree di cui sopra, possono aggiungersi ulteriori aree di rischio "specifiche", relative a eventuali caratteristiche tipologiche peculiari dell'Ente.

Soggetti Aziendali coinvolti nella Prevenzione della Corruzione

In considerazione della natura dei soggetti destinatari del presente Piano e delle peculiarità della organizzazione di questa Azienda sanitaria si è deciso di approntare un apposito Regolamento per contestualizzare i criteri di scelta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza (ruoli, in questa azienda, disgiunti). Infatti, la complessa organizzazione sanitaria ed amministrativa di questa Azienda Sanitaria riguardo alle funzioni strategiche di pianificazione, di vigilanza, di monitoraggio e di controllo e tenuto conto di quanto già previsto dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2018-2020 aziendale, nonché dei contenuti della Circolare n. 1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - DFP 0004355 del 25/01/2013 (punto 2.5) e dell'art.43 del D.Lgs. n.33/2013, sono i presupposti che hanno motivato la razionale ed opportuna

scelta di mantenere e garantire la separazione dei ruoli tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza, figure entrambe scelte con provvedimento dell'Organo di indirizzo politico (Delibera del D.G. N.602 del 8.5.2018). Tali incarichi vengono provvisoriamente prorogati fino all'espletamento di apposito avviso interno tra i Direttori di Struttura Complessa sulla base del citato regolamento che è ancora in corso di definizione. E' impegno di entrambi coordinare le proprie azioni in funzione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza impegnandosi a cooperare in perfetta sinergia al fine garantire tutti gli adempimenti normativi previsti sia in materia di prevenzione della corruzione che in materia di trasparenza. Nel presente Piano sono individuate le Responsabilità delle due figure (RPC e RT) e gli altri soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'A.S.L Caserta:

Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione

Per quanto sopra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione di questa Azienda in atto è il Dirigente di U.O.C. **Dr. Pasquale Iovinella** nominato dal Direttore Generale Organo di indirizzo politico con delibera n. 602 del 08.05.2018 (e non coincide, con il responsabile della trasparenza).

In base a quanto previsto dalla delibera n. 1320/2016 «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016», *“la disposizione sull'unificazione in capo ad un unico soggetto delle due responsabilità, è opportuno sia coordinata con quanto previsto nel d.lgs. 33/2013 laddove sembra ancora permanere la possibilità di affidare a un soggetto distinto il ruolo di Responsabile della trasparenza (v. art. 43 d.lgs. 33/2013). Ad avviso dell'Autorità, considerata la nuova indicazione legislativa sulla concentrazione delle due responsabilità, la possibilità di mantenere distinte le figure di RPC e di RT. è possibile laddove esistano obiettive difficoltà organizzative tali da giustificare la distinta attribuzione dei ruoli. Ciò si può verificare, ad esempio, in organizzazioni particolarmente complesse ed estese sul territorio e al solo fine di facilitare l'applicazione effettiva e sostanziale della disciplina sull'anticorruzione e sulla trasparenza. E' necessario che le amministrazioni garantiscano il coordinamento delle attività svolte dai due responsabili, anche attraverso un adeguato supporto organizzativo”.*

Il responsabile della prevenzione della corruzione rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione. L'ANAC, infatti, nel richiamare i criteri di scelta da parte delle pubbliche amministrazioni, fissa nelle linee generali per le figure del RPC e del RT, i requisiti soggettivi legati al ruolo dirigenziale, quelli relativi alle conoscenze e alle competenze, la posizione di indipendenza, i poteri di interlocuzione e di controllo e i connessi profili di responsabilità, il supporto conoscitivo e operativo ed eventuali referenti e, più complessivamente, i compiti, le funzioni e le prerogative propri di tali figure all'interno dell'organizzazione di cui fanno parte; deve, inoltre, avere conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari; conoscenza dei processi amministrativi e gestionali; capacità di valutare il contesto in cui opera un'azienda sanitaria e degli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa in ambito locale, regionale ed extra regionale; conoscenza degli strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance per le necessarie interconnessioni tra questi e il PTPC. Deve occupare una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale (UOC, UOD, Dipartimento/Distretto/Presidio, ecc.).

La funzione di RPC è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione, a invarianza di risorse economiche: è un dirigente stabile dell'amministrazione, con una adeguata conoscenza della sua organizzazione e del suo funzionamento, dotato della necessaria imparzialità ed autonomia valutativa e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva, e non assegnato ad uffici che svolgono attività nei settori più esposti al rischio corruttivo, come l'Ufficio contratti o quello preposto alla gestione del Patrimonio e non presenti profili di conflitto di interessi. Non possono, pertanto, ricoprire tale ruolo:

- Direttore generale
- Dirigente (sia di area sanitaria che amministrativa) di struttura semplice
- Dirigente responsabile del settore gare e appalti

- Dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari
- Dirigente esterno con contratto di collaborazione/consulenza e/o altro tipo di rapporti a tempo determinato.

I compiti attribuiti al Responsabile non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando, ma anche in eligendo.

La revoca dell'incarico dirigenziale del soggetto cui sia stato conferito l'incarico di Responsabile deve essere espressamente e adeguatamente motivata. Inoltre, la revoca è comunicata all'A.N.A.C., che entro 30 giorni può formulare richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal responsabile in materia di prevenzione della corruzione (art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013).

Altro elemento di novità è quello della interazione fra RPC e organismi indipendenti di valutazione. Il decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 «*Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione*» all'art. 6, co. 5 prevede che nelle amministrazioni indicate all'art. 1, lett. h) del decreto, la persona individuata come "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette può coincidere con il Responsabile della prevenzione della corruzione, in una logica di continuità esistente fra i presidi anticorruzione e antiriciclaggio e l'utilità delle misure di prevenzione del riciclaggio a fini di contrasto della corruzione.

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla l. 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) d.lgs. 97/2016), è chiaramente quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, nel senso auspicato dall'Autorità nell'Aggiornamento 2015 al PNA. Il decreto, infatti, stabilisce che l'organo di indirizzo disponga eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPC siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Inoltre, il medesimo decreto, da un lato, attribuisce al RPCT il potere di indicare agli uffici della pubblica amministrazione 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. Dall'altro lato, stabilisce il dovere del RPCT 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*».

E' opportuno rilevare che sul ruolo e i poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT), l'ANAC ha recentemente adottato la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 (allegata all'aggiornamento 2018 al PNA 2016" approvato con *Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018*, in cui sono state date indicazioni interpretative ed operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione. La delibera si è resa necessaria per dare risposte unitarie a varie istanze di parere pervenute dagli operatori del settore e dagli stessi RPCT.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione esercita le seguenti funzioni:

- Elabora la proposta di Piano. Il Piano viene altresì pubblicato nella sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito internet dell'ASL Caserta (www.aslcaserta.it).
- Su proposta dei Dirigenti dei Servizi Aziendali a più elevato rischio di corruzione, il Responsabile della prevenzione individua il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica.
- Il Responsabile verifica l'efficacia e l'idoneità del Piano, valuta l'opportunità di introdurre modifiche allo stesso qualora si verificassero significative violazioni non espressamente previste o in seguito a cambiamenti significativi dell'organizzazione dell'ASL Caserta (adozione atto aziendale);
- il Responsabile predispone incontri di consultazione con associazioni o portatori di interessi particolari. Analogamente prevede il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale dell'ASL Caserta, addetto alle aree a più alto rischio, nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di prevenzione e di monitoraggio per l'implementazione del Piano.
- Il Responsabile, d'intesa con i Dirigenti dei Servizi in cui maggiormente è elevato il rischio di fenomeni corruttivi, verifica l'effettiva rotazione degli incarichi.

Entro il 30 novembre di ogni anno i Dirigenti interessati inviano al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, una comunicazione sintetica sulle misure adottate; entro lo stesso termine l'Ufficio Verifiche

Determina trasmette al Responsabile della Prevenzione una relazione in merito alle anomalie riscontrate nell'attività di verifica. Le comunicazioni saranno parte integrante della relazione, sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, che il Responsabile è tenuto a presentare entro il 15 dicembre di ogni anno. La relazione sarà pubblicata sul sito internet dell'ASL Caserta (www.aslcaserta.it)

- Il Responsabile del piano di prevenzione risponde in caso di mancata predisposizione del Piano e della sua corretta attuazione in tutte le sue declinazioni.

In considerazione dei numerosi compiti direttamente attribuiti al RPC nei confronti del personale dell'ente, ed eventualmente per quel che concerne le disfunzioni anche nei confronti degli organi di indirizzo, è indispensabile che tra le misure organizzative da adottarsi da parte degli organi di indirizzo vi siano anche quelle dirette ad assicurare che il RPC svolga il suo delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni, come già indicato nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPC è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie - quindi non più solo in caso di revoca - dirette o indirette nei confronti del RPC comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui all'art. 15, co. 3 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 «*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*».

Inoltre, sempre a maggiore tutela del RPC, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPC (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare «*di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano*» (art. 41, co. 1, lett. l), d.lgs. 97/2016).

Poteri di interlocuzione e controllo

Come già evidenziato nell'Aggiornamento 2015 al PNA, nella l. 190/2012 sono stati succintamente definiti i poteri del RPC nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni alle amministrazioni o enti, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

All'art. 1, co. 9, lett. c) è disposto che il PTPC preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate. Al riguardo si rammenta che l'art. 8 del d.p.r. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPC, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione in particolare con il coinvolgimento di.

- Servizio Ispettivo
- Servizio GRU
- Servizio AA Legali e AA.Generali

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPC nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPC deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPC si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, co. 1 lett. l-bis) l-ter) e l-quater), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali generali quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Dal d.lgs. 97/2016 risulta anche l'intento di creare maggiore comunicazione tra le attività del RPC e in particolare quelle dell'OIV, come precedentemente specificato. Ciò al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione. In tal senso, si prevede, da un lato, la facoltà all'OIV di richiedere al RPC informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 41, co. 1 lett. h), d.lgs. 97/2016).

Dall'altro lato, si prevede che la relazione annuale del RPC, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione, venga trasmessa oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione anche all'OIV (art. 41, co. 1, lett. l), d.lgs. 97/2016).

Responsabilità del RPC

a) in caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art.1 L.190/2012;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano, secondo quanto sarà successivamente meglio esplicitato;

b) in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

E' esclusa la responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati sia "*dipeso da causa a lui non imputabile*".

Supporto conoscitivo e operativo al RPC

Al fine di garantire che il RPC possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016, l'organo di indirizzo dispone «*le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei*» al RPC.

Pertanto si ribadisce che, è altamente auspicabile, da una parte, che il RPC sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere. Dall'altra, che vengano assicurati al RPC poteri effettivi, preferibilmente con una specifica formalizzazione nell'atto di nomina, di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse. Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPC; nelle more l'amministrazione si impegna a rafforzare la struttura di supporto mediante successivi atti organizzativi che consentano al RPC di avvalersi di personale di altri uffici. Tale struttura, che potrebbe anche non essere esclusivamente dedicata a tale scopo, può, in una necessaria logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di audit, alle strutture che curano la predisposizione del piano della *performance*). La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del RPC è tanto più evidente anche alla luce delle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al RPC dal d.lgs. 97/2016. In tale contesto il RPC, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della relativa amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno).

Il Responsabile aziendale per la Trasparenza

Il Responsabile Aziendale per la Trasparenza dell'ASL di Caserta è dr.ssa **Landolfi Francesca**, dirigente avvocato, già referente nel Servizio C. di Gestione da anni del Settore Trasparenza, individuata dal Direttore Generale con delibera n. 115 del 31.1.2022.

I compiti attribuiti al Responsabile non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando ma anche in eligendo.

La revoca dell'incarico dirigenziale del soggetto cui sia stato conferito l'incarico di Responsabile deve essere espressamente e adeguatamente motivata. Inoltre, la revoca è comunicata all'A.N.A.C., che entro 30 giorni può formulare richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal responsabile in materia di trasparenza. Ai sensi della circolare n. 1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – DFP 00043- 55 del 25/01/2013 e della legge n. 190 del 6 Novembre 2012 e in

adesione al Piano Triennale Prevenzione della Corruzione 2016-2018, nonché alla luce di quanto previsto dall' art.43 comma 1 del D.Lgs 33/2013 il Responsabile della Trasparenza provvede a:

1. svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
2. ad individuare in seno al Piano triennale della prevenzione della Corruzione - sezione Trasparenza *i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati*; art.10 D.lgs. 97/2013;
3. a fornire una più puntuale disciplina già dettata dal D.Lgs.33/2013 riguardo l'esercizio dell'accesso civico (cfr art 5 Accesso civico a dati e documenti) introducendo ulteriori norme limitative (cfr art.5 bis Esclusioni e limiti all'accesso civico) ed a scopo conoscitivo (cfr art.5 ter Accesso per fini scientifici ai dati elementari raccolti per finalità statistiche).
4. a procedere alla verifica del sito web istituzionale, al fine di monitorare gli adempimenti di pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati previsti dalla legge. Resta ascritta pertanto al Responsabile della Trasparenza ai sensi dell'art.42 comma 1 del d.lgs 97/2016, l'incombenza di proporre le necessarie modifiche per l'aggiornamento della sezione del vigente Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione dedicata agli obblighi di pubblicità e Trasparenza, alla luce dei nuovi adempimenti introdotti dalla legge.

La suddetta figura è responsabile, ai sensi dell'art. 46 del D.lgs. n. 33 del 2013, così come modificato dal D.lgs 97/2016, per la violazione degli obblighi di trasparenza e in particolare per: la mancata predisposizione e revisione annuale della sezione riguardante la Trasparenza che dovrà essere inserita in seno al Piano triennale della Prevenzione Corruzione (PTPC) come previsto dall' art.34 D.Lgs 97/2016) e dal PNA nazionale 2016. E' esclusa la responsabilità del RT ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati di cui al comma 1, dell'art. 46, sia *dipeso da causa a lui non imputabile*". Pertanto ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs 97/2016 elabora ed integra *un'apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, comma 5, della legge n. 190 del 2012*, individuando *i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del medesimo decreto*.

Alla luce delle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite dal d.lgs. 97/2016, il Responsabile della Trasparenza, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della propria amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve:

- Occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati da pubblicazione obbligatoria o meno).
- Regola la materia di Accesso Civico ai sensi del D.Lgs. 97 del 2016, emanando apposite direttive in coerenza alle linee Guide ANAC.
- Monitora e sollecita periodicamente ai soggetti inadempienti gli obblighi di pubblicazione proponendo in caso di inadempienza parziale o totale le eventuali comunicazioni agli organi competenti per le eventuali sanzioni ivi previste.

Il RASA [responsabile anagrafe stazione appaltante]"

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del PTPC.

Occorre considerare, infatti, che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP (Banca dati Nazionale dei Contratti Pubblici) presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è intesa come

misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Per l'ASL Caserta in sostituzione del Dr. Tari Michele Giuseppe che ha svolto tale ruolo fino all'anno 2018, dimissionario, viene individuata quale RASA a partire dal 2019, la dott.ssa Maria Di Lorenzo, ex Direttore del Servizio Provveditorato ed Economato (nota della Direzione Generale N. 126523/ASL del 05/06/2019)

Altri Soggetti Coinvolti, Ruoli e Responsabilità

Gli altri soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'A.S.L. Caserta sono:

- ✓ il Direttore Generale quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda;
- ✓ i Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza.
- ✓ tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- ✓ O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno;
- ✓ l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- ✓ tutti i dipendenti dell'Azienda;
- ✓ i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.
- ✓ gli Stakeholders (portatori di interesse)

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda:

- a) designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile della Trasparenza
- b) adotta il P.T.P.C e PT. e i suoi aggiornamenti
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali – a mero titolo esemplificativo – i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165/2001.

Referenti del RPC (Responsabile della Prevenzione della corruzione). RT (Responsabile Trasparenza) e loro Obblighi

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Azienda ed al fine di assicurare una puntuale osservanza della Legge 190/2012, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali sono ipso facto individuati quali referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e del responsabile della trasparenza, fermo restando che i suddetti Responsabili si riservano il potere di individuare, secondo specifiche necessità, quali ulteriori referenti, dirigenti in possesso di specifica professionalità.

I predetti referenti sono obbligati a concorrere con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In ottemperanza a quanto precede i predetti referenti devono collaborare con i suddetti Responsabili a:

1. Individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo entro il previsto termine al RPC le schede per il censimento di tutte le attività gestite;
2. Prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;
3. Assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;
4. Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
5. Monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione in forza alla propria struttura assicurando, in caso di conflitto d'interesse, anche potenziale, l'attivazione dei meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della Legge 241/1990 del personale

in conflitto;

6. Verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

7. Verificare l'effettiva rotazione dei dipendenti, in particolare dei Dirigenti e Funzionari, negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

8. Fornire elementi utili alla individuazione, da parte del RPC, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

9. Assicurare l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa garantendo che nell'esercizio delle rispettive funzioni l'organizzazione amministrativa sia resa quanto più possibile trasparente e le unità organizzative siano coordinate fra loro.

Tutti i Dirigenti delle Aree di Rispettiva Competenza

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del RPC e RT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C.

A norma dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 - *Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte* - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198/2009,
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

L'OIV e gli Organismi di Controllo Interno

Gli organismi di controllo interno dell'Azienda:

- a) partecipano al processo di gestione del rischio;
- b) considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;

In particolare l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV), istituito dall'art. 14 del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, nel disciplinare le sue principali competenze, prevede altresì che il suddetto OIV,

- a) Monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- b) Valida la relazione sulla performance di cui all'articolo n. 10 del Decreto legislativo n. 150/2009;
- c) Propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice;
- d) Assicura la corretta applicazione delle linee guida predisposte dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Inoltre:

- e) Esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento (art. 54, co. 5, D.Lgs. n. 165/2001);
- f) Verifica quanto stabilito dall'art.1 comma 8bis della Legge 190/12 ovvero, "(...) verifica anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi

all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza (...)"

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari [U.P.D].

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):

- a) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- c) propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

Tutti i Dipendenti Dell'azienda

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano le situazioni di illecito, anche per il tramite del whistleblowing, al RPCT o all'Ufficio che ha la competenza dei procedimenti disciplinari (art. 54, co. 5, D. Lgs. n. 165 del 2001); segnalano casi di personale in conflitto di interessi. Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, prestano la loro collaborazione al RPC e al RT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza (art. 8 Codice di comportamento aziendale). La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

I Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda sono tenuti al rispetto del Codice di Comportamento Aziendale, nonché alle misure contenute nel presente P.T.P.C.T. Essi segnalano le situazioni di illecito di cui vengono a conoscenza durante la loro attività di collaborazione presso l'Azienda.

Stakeholders

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli Stakeholders partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

Misure Generali- Procedure e misure adottate e/o realizzate- Programmazione e Progettazione futura

La Trasparenza

Vedi l'apposita Sezione di questo Documento

Codice di Condotta

Gli strumenti di *integrity management* definiscono i principi di comportamento ed i valori cui deve essere improntata l'attività amministrativa-gestionale, al di là delle norme penali e dalle altre prescrizioni normative.

Il Codice, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica, 16 aprile 2013, n. 62 (pubblicato sulla G.U. il 4 giugno 2013 e quindi in vigore a far data dal 19 giugno 2013), costituisce una fonte regolamentare che integra tutti i contratti individuali di lavoro e pone già problemi applicativi di rapporto tra fonte normativa generale e i singoli contratti di lavoro di ciascun dipendente pubblico.

Tale codice è finalizzato a dettare regole di lealtà, imparzialità, servizio esclusivo a cura dell'interesse pubblico, che trovano nella Costituzione la più importante fonte.

Particolare attenzione deve essere rivolta al rispetto del Codice di comportamento; a tal fine si sottolinea che:

1. L'art. 2, comma 3, del Codice prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di **tutti i collaboratori dell'amministrazione**, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità, nonché nei confronti di **collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione**.
2. Applicabilità del Codice a **tutti i dipendenti**
3. Estensione delle regole a tutti i collaboratori o consulenti,
4. Inserimento di **apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto** in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento.

La violazione degli obblighi previsti dal Codice è **fonte di responsabilità disciplinare** accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni

Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, **includere quelle espulsive**

A tal fine, negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della Struttura competente, una clausola che preveda la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice stesso.

Il dipendente/collaboratore deve procedere ad effettuare la dichiarazione relativa alle situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi compilando il modulo di autocertificazione pubblicato sul portale aziendale.

L'Autocertificazione viene compilata da tutti i dirigenti, dalle posizioni organizzative e da tutti i funzionari con compiti di istruttoria. Ad Aprile 2021 risultavano pubblicati in una sezione specifica del Sito della Trasparenza "Dirigenti e dipendenti" curricula n. 1435, Autocertificazioni 2535, Dichiarazione di interessi n. 439, atti di nomina per dirigenti 1182, per direttori di Dipartimento 10, per direttori di struttura complessa 10, per posizioni organizzative n.144. Per i consulenti e collaboratori (art.15 D.lgs. 33/2013) pubblicati n.387 Curricula, 387 Autocertificazioni nel 2018 e 149 Dichiarazioni d'Interesse per Collaboratori con oltre 300 attestazioni di verifica di autocertificazioni; Per gli incarichi legali pubblicati 138 di cui gran parte con relativo curriculum.

Con le stesse modalità, previste nel paragrafo precedente, potrà essere segnalata la **cessazione** di possibili conflitti.

Nel contratto di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori, a cura della Struttura competente, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del Codice da parte dei propri dipendenti e collaboratori è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione delle violazioni del codice.

Con delibera N.291 del 01 marzo 2019, la ASL di Caserta ha provveduto ad adottare il Nuovo codice di Comportamento Aziendale, conformandolo a quanto previsto dal citato DPR n.62 del 16 aprile 2013; in particolare nello stesso è previsto che:

- Per il personale neo assunto corre l'obbligo all'atto della assunzione, per il tramite del GRU, sia esso dipendente (comparto e dirigenti) con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato o collaboratore e consulente dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto o incarico conferito a qualsiasi titolo, sottoscrivere:

- apposita dichiarazione di accettazione e presa d'atto del Codice di Comportamento Aziendale che la Struttura competente consegna in copia (ovvero indica al dipendente/collaboratore e/o consulente, il *link* al sito web aziendale presso il quale il medesimo può essere reperito);

[<https://www.aslcaserta.it/amministrazione-trasparente/Pagine/DisposizioniGenerali/AttiGenerali.aspx>]

- autocertificazione in merito alla sussistenza/insussistenza di conflitti di interessi come da modello scaricabile dal sito WEB Aziendale-sezione "Amministrazione Trasparente"

Inoltre nell'anno 2022 sarà richiesto a tutti i dirigenti e alle posizioni organizzative l'aggiornamento delle autocertificazioni di sussistenza/insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità nonché di conflitto di interesse utilizzando modulistica appositamente predisposta e scaricabile dal sito aziendale.

Programmazione- Progettazione degli Adempimenti previsti dal codice di Condotta

| 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 Dirigenti/RPC e RTT | In essere Entro dicembre 2022 | Report sulle risultanze del monitoraggio | Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice |
| | Flussi informativi verso il RPC e RT | Direttori U.O.C./UPD Dirigenti/RPC e RTT | Entro il 20 Novembre | Scheda di rendicontazione | |
| | Avvisi al personale | Dirigente U.O.C. GRU RPC e RT | Ad evento | Avviso sul sito Corsi Formazione | |

Rotazione degli incarichi

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale delle aree a rischio è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. In tale direzione va anche l'esperienza del settore privato dove, a fronte di un mondo del lavoro sempre più flessibile e di rapido cambiamento delle competenze richieste, il livello di professionalità si fonda non tanto o, non solo, sulle capacità acquisite e dimostrate, ma anche su quelle potenziali e future.

La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, i direttori delle macrostrutture sono tenuti ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle

competenze, c.d. "segregazione delle funzioni". Tali principi sono stati condivisi in particolare a seguito delle osservazioni del sindacato FVM.

Restano, naturalmente, ferme le discipline speciali di rotazione previste per particolari categorie di personale non contrattualizzato.

Inquadramento normativo: rotazione ordinaria e straordinaria

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC «*procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari*».

Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della l. 190/2012, il RPC deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, «*l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione*». Questo tipo di rotazione, c.d. "ordinaria" è stata, quindi, inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'istituto della rotazione era stato già previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego, dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla l. 7 agosto 2012, n. 135), sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*» (rotazione straordinaria).

Rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale è espressamente richiamata nelle Linee guida adottate dal Comitato interministeriale, istituito con D.P.C.M. 16 gennaio 2013, come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione. L'art. 1, co. 4, lett. e) della l. 190/2012, dispone che spetta all'ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

Si ricorda, infatti, che l'art. 19, co. 15, del d.l. 90/2014 ha previsto che «*Le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, commi 4, 5 e 8, della legge 6 novembre 2012 n. 190, e le funzioni di cui all'articolo 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, sono trasferite all'Autorità nazionale anticorruzione*».

L'ambito soggettivo di applicazione della rotazione va identificato con riguardo sia alle organizzazioni alle quali essa si applica, sia ai soggetti interessati dalla misura. Con riferimento alle organizzazioni, ai sensi dell'art. 1, co. 59, della l. 190/2012, si deve trattare delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001.

Vincoli alla rotazione

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti il rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Vincoli soggettivi

L'amministrazione adotterà misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).

Con riferimento all'applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, in conformità con recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi

osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi.

Vincoli oggettivi

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, co. 60 e 61, della l. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta **infungibilità** derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Nel caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

Rotazione e formazione

La formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo. Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

Misure alternative in caso di impossibilità di rotazione

Come affermato in precedenza, non sempre la rotazione è misura che si può realizzare, specie all'interno di strutture di piccole dimensioni. In casi del genere è necessario che le amministrazioni motivino adeguatamente nel PTPC le ragioni della mancata applicazione dell'istituto. In questi casi i dipartimenti sono comunque tenuti ad adottare misure per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione. In particolare dovrebbero essere sviluppate altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, a cominciare, ad esempio, da quelle di trasparenza.

A titolo esemplificativo potrebbero essere previste dal dirigente modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Inoltre, perlomeno nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate, potrebbero essere promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per

la decisione finale dell'istruttoria.

Altro criterio che potrebbe essere adottato, in luogo della rotazione, è quello di attuare una corretta articolazione dei compiti e delle competenze. Infatti, la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'amministrazione a rischi come quello che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce. Sarebbe auspicabile, quindi, che nelle aree a rischio le varie fasi procedurali siano affidate a più persone, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale.

Attuazione della rotazione

Per l'attuazione della misura è necessario che l'amministrazione nel proprio PTPC chiarisca i criteri, individui la fonte di disciplina e sviluppi un'adeguata programmazione della rotazione. Tali contenuti sono mirati ad evitare che la rotazione sia impiegata al di fuori di un programma predeterminato e possa essere intesa o effettivamente utilizzata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione.

Criteri della rotazione e informativa sindacale

Il PTPC deve indicare i criteri della rotazione. Tra i criteri vi sono, ad esempio: a) quello dell'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione; b) la fissazione della periodicità della rotazione; c) le caratteristiche della rotazione, se funzionale o territoriale.

Sui criteri di rotazione declinati nel PTPC la Delibera ANAC n.831 del 3 agosto 2016 recita *“le amministrazioni devono dare preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, ciò al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte. Ciò non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia.”*

Rapporti con le OSS

Nell'incontro con le OOSS della CIGL, CISL, UIL e FIALS è stato concordato che *“Fermo restando il rispetto delle linee guida emanate dall'ANAC in riferimento al Piano su richiesta delle OOSS l'amministrazione si impegna al rispetto delle norme contrattuali nazionali e decentrate quando il Piano va ad incidere direttamente sugli articolati della contrattazione decentrata e nazionale onde evitare ogni conflitto normativo (informativa preventiva, consultazione, concertazione, contrattazione, commisione paritetica)”*

Programmazione pluriennale della rotazione

È fondamentale che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi e oggettivi come sopra descritti, dopo che sono state individuate le aree a rischio corruzione e al loro interno gli uffici maggiormente esposti a fenomeni corruttivi. Ciò consente di rendere trasparente il processo di rotazione e di stabilirne i nessi con le altre misure di prevenzione della corruzione. La programmazione della rotazione richiede non solo il coordinamento del RPC, ma anche e soprattutto il forte coinvolgimento di tutti i dirigenti e dei referenti del RPC, se presenti all'interno della struttura. Come ogni misura specifica, la rotazione deve essere calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari di ogni struttura (dimensione e relativa dotazione organica, qualità del personale addetto, modalità di funzionamento degli uffici, distribuzione del lavoro e delle mansioni).

Gradualità della rotazione

Tenuto conto dell'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa, la stessa sarà programmata secondo un criterio di gradualità per mitigare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria. A tal fine dovranno essere considerati, innanzitutto, gli uffici più esposti al rischio di corruzione, per poi considerare gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso.

Con specifico riferimento al personale non dirigenziale, il criterio della gradualità implica, ad esempio, che le misure di rotazione riguardino in primo luogo i responsabili dei procedimenti nelle aree a più elevato rischio di corruzione e il personale addetto a funzioni e compiti a diretto contatto con il pubblico.

Allo scopo di evitare che la rotazione determini un repentino depauperamento delle conoscenze e delle competenze complessive dei singoli uffici interessati, potrebbe risultare utile programmare in tempi diversi, e quindi non simultanei, la rotazione dell'incarico dirigenziale e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio.

Monitoraggio e verifica

Si sottolinea che i dirigenti sono tenuti a mettere a disposizione del RPC ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate. Analogamente, il dirigente con responsabilità in materia di formazione rende disponibile al RPC ogni informazione richiesta da quest'ultimo sull'attuazione delle misure di formazione coordinate con quelle di rotazione.

Nella relazione annuale il RPC espone il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, motivando gli eventuali scostamenti tra misure pianificate e realizzate. Quest'ultima, insieme alle segnalazioni comunque pervenute all'Autorità, costituirà una base informativa di grande rilievo da cui muoverà l'azione di vigilanza di ANAC.

Rotazione del personale dirigenziale

Per il personale dirigenziale, la disciplina è applicabile ai dirigenti di prima e di seconda fascia, o equiparati.

Negli uffici individuati come a più elevato rischio di corruzione, sarebbe preferibile che la durata dell'incarico fosse fissata al limite minimo legale. Alla scadenza, la responsabilità dell'ufficio o del servizio dovrebbe essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente. Invero, l'istituto della rotazione dirigenziale, specie in determinate aree a rischio, dovrebbe essere una prassi "fisiologica", mai assumendo carattere punitivo e/o sanzionatorio. Essendo la rotazione una misura che ha effetti su tutta l'organizzazione di un'amministrazione, progressivamente la rotazione dovrebbe essere applicata anche a quei dirigenti che non operano nelle aree a rischio. Ciò tra l'altro sarebbe funzionale anche a evitare che nelle aree di rischio ruotino sempre gli stessi dirigenti. La mancata attuazione della rotazione deve essere congruamente motivata da parte del soggetto tenuto all'attuazione della misura.

Rotazione del personale non dirigenziale

La rotazione ordinaria del personale non dirigenziale può essere effettuata o all'interno dello stesso ufficio o tra uffici diversi nell'ambito della stessa amministrazione. La rotazione è applicabile anche ai titolari di posizione organizzativa, nei casi in cui nell'amministrazione il personale dirigenziale sia carente o del tutto assente.

Può essere citato, quale esempio di *best practices*, quello messo in atto da un Comune del nord Italia che ha favorito la rotazione tra i propri funzionari, attraverso una procedura di interpello per individuare candidature a ricoprire ruoli di posizione organizzativa e alta professionalità, nonché prevedendo la non rinnovabilità dello stesso incarico per quanto riguarda i titolari delle posizioni organizzative.

Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio

Il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. "funzionale", ossia con un'organizzazione del lavoro basata su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti. Ciò può avvenire, ad esempio, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie; applicando anche la rotazione dei funzionari che facciano parte di commissioni interne all'ufficio o all'amministrazione.

Rotazione nella stessa amministrazione tra uffici diversi

Nell'ambito della programmazione della rotazione, può essere prevista una rotazione funzionale tra uffici diversi.

In altro modo, nelle strutture complesse o con articolazioni territoriali, la rotazione può avere carattere di "rotazione territoriale", nel rispetto delle garanzie accordate dalla legge in caso di spostamenti di questo tipo. Sull'argomento l'ANAC è intervenuta evidenziando come la rotazione territoriale possa essere scelta dall'amministrazione ove la stessa sia più funzionale all'attività di prevenzione e non si ponga in contrasto con il buon andamento e la continuità dell'attività amministrativa, a condizione che i criteri di rotazione siano previsti nel PTPC o nei successivi atti attuativi e le scelte effettuate siano congruamente motivate.

Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva

Come già sopra richiamato, l'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è

più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

Certamente dalla stessa si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta, quindi, di una misura di carattere eventuale e cautelare tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Per quanto attiene all'ambito soggettivo di applicazione, dal testo normativo sembra evincersi che detta forma di rotazione in quanto applicabile al "personale" sia da intendersi riferibile sia al personale dirigenziale, sia non dirigenziale. Ulteriore elemento che avvalorata la tesi prospettata deriva dalla lettura sistematica della norma che è collocata nel Capo II, Dirigenza e, pertanto, la rotazione potrebbe essere ipotizzata almeno nei confronti dei dirigenti di seconda fascia, che potrebbero essere fatti ruotare con decisione del Direttore Generale.

Mentre per il personale non dirigenziale la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio, nel caso di personale dirigenziale, ha modalità applicative differenti comportando la revoca dell'incarico dirigenziale e, se del caso, la ri-attribuzione di altro incarico.

LA delibera ANAC 831 recita *"Per quanto attiene all'ambito oggettivo, e dunque alle fattispecie di illecito che l'amministrazione è chiamata a tenere in conto ai fini della decisione di far scattare o meno la misura della rotazione straordinaria, vista l'atipicità del contenuto della condotta corruttiva indicata dalla norma e, in attesa di chiarimenti da parte del legislatore, si riterrebbe di poter considerare potenzialmente integranti le condotte corruttive anche i reati contro la Pubblica amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal d.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione», nonché quelli indicati nel d.lgs. 31 dicembre 2012, n. 235. Oltre ai citati riferimenti, più in generale, l'amministrazione potrà porre a fondamento della decisione di far ruotare il personale la riconduzione del comportamento posto in essere a condotta di natura corruttiva e dunque potranno conseguentemente essere considerate anche altre fattispecie di reato.*

In ogni caso, l'elemento di particolare rilevanza da considerare ai fini dell'applicazione della norma, è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene disposto lo spostamento.

Si evidenzia, infine, che il Presidente dell'ANAC è destinatario delle informative del Pubblico Ministero quando esercita l'azione penale per i delitti di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale, ai sensi dell'art. 129, co. 3, delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al d.lgs. 28 luglio 1989 n. 271, come modificato dalla legge 27 maggio 2015 n. 69. In tal modo l'Autorità, informata dell'esistenza di fatti corruttivi, potrà esercitare i poteri previsti ai sensi dell'art. 1, co. 3, l. 190/2012, chiedendo all'amministrazione pubblica coinvolta nel processo penale l'attuazione della misura della rotazione".

La rotazione dei dirigenti ed in alcuni casi anche dei dipendenti, rappresenta uno strumento fondamentale per contrastare la corruzione, che potrebbe essere favorita dall'incrostarsi di funzioni, responsabilità e relazioni negli stessi incarichi, non fosse altro per la confidenza e la forza dell'abitudine che emergono.

E' parere di questa **Azienda**, tuttavia, ritenere che la rotazione e l'alternanza tra dirigenti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure sia diretta a ridurre il rischio che possano crearsi relazioni pericolose tra amministratori e utenti/clienti/fornitori, con il pericolo dell'affermarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

Per il personale dirigente il processo di rotazione che allo stato, è ancora in itinere, si è esteso a tutta l'Azienda, si pensi ad esempio all'azzeramento degli incarichi dei dirigenti di tutte le strutture Semplici (UOS) e Semplici Dipartimentali (UOSD) posto in essere con la delibera N.290 del 9/3/2018 con la quale cessano tutti gli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale attualmente in essere, sia in quanto comunque non conformi al nuovo Atto Aziendale, sia in quanto scaduti e non rinnovati

...” per cui è stata attivata una procedura di selezione a mezzo di Indizione di avviso interno, con delibera N.434 del 21/11/2019 procedura quest’ultima propedeutica all’assegnazione da parte del Direttore Generale dei nuovi incarichi di struttura.

Contemporaneamente, in ottemperanza alle raccomandazioni del Presidente dell’ANAC avanzate alla ASL di Caserta con nota Prot.0055494 del 23.06.2018, il processo di rotazione degli incarichi deve essere esteso anche al personale non dirigenziale, ai Referenti delle varie procedure, ai referenti amm.vi etc., attuando da subito quanto previsto nel nuovo Atto Aziendale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n.64 del 13/12/2017 e recepito con delibera n. 26 del 18/01/2018

Nel 2019 con nota n. 254356/Dir Amm del 22/11/2019 a firma del Direttore Amministrativo Amedeo Blasotti, la commissione /gruppo di lavoro relativa al Monitoraggio delle Determine dirigenziali, si è rinnovata mediante sostituzione di 2 dei 3 vecchi componenti ed ampliata con altre due nuove unità. Ad oggi la Commissione di cui sopra risulta così costituita: n. 1 Dirigente Medico, n.1 Avvocato, n.3 Collaboratori Amministrativi.

Nel Marzo 2020 è stata effettuata, dopo la verifica presso il DSM di alcune anomalie riscontrate nelle procedure di affidamento di pazienti psichiatrici a cogestori/cooperative esterne, la rotazione dei 9 (nove) Responsabili delle UU.OO.SS.MM. Aziendali. (Vedi nota Prot. N. 41428 del 18/02/2020) a firma congiunta del Direttore Generale, Dr. Ferdinando Russo, Direttore Amministrativo Amedeo Blasotti, e Direttore Sanitario ad Interim Direttore DSM Dr. Pasquale Di Girolamo Faraone.)

Ad Aprile 2020 con Delibera N. 592 del 29/04/2020 è stato costituito il nuovo collegio dell’Ufficio Provvedimenti Disciplinari confermando quale componente effettivo uno solo dei membri precedenti sostituendone ben sei su sette componenti effettivi e supplenti.

Inoltre con Delibera N. 583 del 28/04/2020 è stato indetto apposito Avviso pubblico per il conferimento dell’incarico di componente dell’OIV della Asl di Caserta essendo giunto a scadenza il precedente Collegio insediatosi in data 09/02/2020.

Con Delibera N. 1697 e N.1755 rispettivamente del 18/12/2020 e 28/12/2020 si è provveduto ad assegnare complessivamente n. 78 Incarichi dirigenziali di UOS o UOSD a partire da 01/01/2021 per i Servizi Centrali, UOPC del Dipartimento di Prevenzione, DSM, Presidi Ospedalieri limitatamente alle UU.OO effettivamente attive, nonché per le Farmacie Territoriali.

Infine il 14/12/2020 con diverse delibere del Direttore Generale (N.1659, N.1660, N.1662, N.1665, N.1666, N.1667) è stato conferito l’incarico di Direttore di Distretto a N. 6 nuovi Direttori su 12 esistenti (50%)

In molti casi, interpellati i Direttori delle macrostrutture e delle UOC Aziendali sulla rotazione del personale posta in essere presso le proprie strutture, si è ottenuta la seguente risposta tipo: *“(...) Non ho effettuato la rotazione del personale all’interno della mia UU.OO. in quanto negli ultimi tre anni la mia UU.OO. ha perso il 50% del proprio personale(...) pertanto, le funzioni prima svolte dal personale cessato o trasferito sono state ripartite tra tutti gli operatori della UOC, come attività aggiuntive, anche se non svolte precedentemente, determinando di fatto una assunzione di nuovi compiti come avverrebbe se fosse stata attuata una rotazione del personale. Per quanto riguarda i procedimenti più a rischio quali le assicurazioni, l’attività viene posta in essere dalla Scrivente (Responsabile di Struttura nda) con il supporto di alcuni dipendenti.”* [nota AA:GG Prot. N. 38770/AAGG del 18/01/2021]

Analoga la risposta del Responsabile del Servizio Gestione Economico Finanziaria [nota Pro. N. 30349/EC.FIN del 24/11/2020 che in proposito scrive “(...) Nell’ambito dello scrivente servizio, gli incarichi amm.vi richiedono competenze tecniche specifiche per cui risulterebbe complicato applicare il principio della rotazione in riferimento a tutte le menasioni, anche a causa dell’organico in dotazione e dei pensionamenti che compromettono in maniera significativa l’espletamento delle attività ordinarie di rispettiva competenza, nonché il momento COVID19 che non ha per niente facilitato il lavoro.(...) Tuttavia è abitudine dello scrivente servizio, affidare di volta in volta a operatori diversi le diverse pratiche, garantendo un minimo di rotazione degli atti amm.vi. Inoltre ogni prodotto viene siglato dall’operatore e sottoscritto dal Direttore del Servizio”

In cui è evidente tutta la difficoltà a porre in essere la rotazione del personale data la grave carenza di personale lamentata.

Programmazione delle misure di Rotazione del Personale

Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità

Con l'emanazione del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, è stato previsto un sistema di incompatibilità degli incarichi dei dirigenti delle pubbliche amministrazioni collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo i allo scopo di assicurare il ripristino di un'etica pubblica e di una maggiore fiducia nella pubblica amministrazione.

Come già ribadito nei paragrafi precedenti tutti i dipendenti **dell'ASL Caserta** sia a tempo indeterminato, che determinato che i collaboratori a qualsiasi titolo devono compilare annualmente I modelli di autocertificazione pubblicati nella specifica sezione dell'Amministrazione Trasparente per un controllo pubblico delle autocertificazioni.

Programmazione delle misure di: Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|--|--|---|--|---|
| Rotazione ordinaria del personale | Richiesta di includere nel Regolamento (previo confronto con le OOS) per l'assegnazione delle Posizioni Organizzative del Comparto Sanitario il divieto di rinnovo dell'incarico per la Posizione Organizzativa già ricoperta. | RPC (impulso) Direzione strategica U.O.C. GRU, Direttori e Dirigenti interessati dalla misura | Entro dicembre 2022 | Modifica del Regolamento di assegnazione delle P.O: | Verifica di operatività della rotazione del personale |
| Rotazione Straordinaria del personale | Monitoraggio e verifica rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, | RPC e RT/UPD Direttori e dirigenti interessati alla misura | Ad avvenimento e comunque entro Dicembre 2022 | Verifica e monitoraggio degli eventi con cadenza annuale (Dicembre 2022) | Verifica operatività della rotazione straordinaria dei casi esaminato |
| 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 RPC e RT (controllo di II livello) | In essere | Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi | Facilitazione ed |
| | 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 | | | Aggiornamento dello schema di dichiarazione | Efficacia dei controlli |
| | Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni | U.O.C. Affari generali RPC e RT (impulso e coordinamento) | Entro dicembre | Avvenuta adozione della Procedura | Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni |

La Gestione dei conflitti di interesse

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente; in quanto tale può

influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche. In termini generali, possiamo dire che siamo in presenza di un conflitto di interessi *“quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l’interesse primario di un’altra parte”*. L’interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l’oggettività della informazione scientifica, ecc.; l’interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.

A tal riguardo in attuazione di quanto richiamato al paragrafo 2.2.3 dell’Aggiornamento 2015 al PNA e del successivo 2016- Sezione Sanità, **l’ASL Caserta** proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, ha disposto che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni ai sensi degli art.46e 47 del DPR, 28/12/2000 N. 445 le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implica responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali anche in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. In caso di conflitto d’interesse, per i dipendenti è previsto l’istituto dell’astensione che è disciplinato da un complesso di disposizioni normative (art. 6 bis della legge. 241/1990, artt. 6 e 7 del d.P.R. 62/2013 e, per i dipendenti della ASL di Caserta dall’art.7 in riferimento al personale dirigenziale - del Codice di comportamento) ai sensi delle quali tutti i dipendenti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento delle attività inerenti le proprie mansioni nel caso in cui ricorra una situazione di conflitto d’interessi.

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 RPC e RT (controllo di II livello) | In essere | Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi | Facilitazione ed Efficacia dei controlli |
| | 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 | | | Aggiornamento dello schema di dichiarazione | |
| | Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni | U.O.C. Affari generali RPC e R T (impulso e coordinamento) | Entro dicembre 2022 | Avvenuta adozione della Procedura | Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni |

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

L’art. 1, co. 41, della l. n. 190/2012 ha introdotto l’art. 6-bis della l. n. 241/1990, il quale ha imposto una particolare attenzione da parte dei responsabili del procedimento sulle situazioni di conflitto di interesse. La norma contiene due prescrizioni:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell’ufficio competente ad adottare il provvedimento finale e i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endo procedurali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma va letta in maniera coordinata con gli artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento, ai quali si rinvia per quanto concerne termini e modalità di applicazione dell’istituto.

Sul versante dei contratti pubblici, inoltre, occorre ricordare che ai sensi dell'art. 42, del D.Lgs. 50/2016:

- le stazioni appaltanti prevedono misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici;
- si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione;
- costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del D.P.R. n. 62/2013; ▪ il personale che versa in situazione di conflitto di interesse è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni e alla fase di esecuzione del contratto;
- fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente;
- la stazione appaltante vigila su quanto sopra.

In relazione a quanto sopra, l'ASL di Caserta richiama l'attenzione di tutto il personale in occasione delle sessioni di formazione (di livello generale e specifico) in materia di prevenzione della corruzione, e sollecita l'acquisizione delle dichiarazioni specificatamente contemplate dal Codice di comportamento aziendale. Inoltre, per una completa attuazione dell'art. 42, del D.Lgs. 50/2016, l'Asl di Caserta, assicura che ciascun responsabile unico del procedimento (RUP) e/o dell'esecuzione del contratto (EC) e/o dei lavori (DL), sottoscriva un'apposita dichiarazione relativa all'inesistenza di conflitti di interesse, da rendersi ai sensi degli

artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00. Comunque, l'Azienda recepisce e fa proprie le indicazioni fornite dall'A.N.AC. in relazione alla gestione del conflitto di interessi a valere sulle procedure di gara rese con le Linee Guida in tema di "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici

Obbligo di Astensione in caso di Conflitti di Interesse

| 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 RPC e RT (impulso) | Entro il 31 gennaio di ogni anno | Dichiarazione resa dall'interessato Risultanze della U.O.C. GRU | Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi" |
| | | | | | |
| | Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (RUP e DEC/D | Dirigenti delle U.O.C. Gestione del Patrimonio Immobiliare, OC | | Risultanze degli audit campionari del RPC | Formazione e Informazione del personale |
| | | STM; U.O.C. Tecnologie Sanitarie; UOC Provveditorato | | | |
| | | RPC e RT (impulso) | | | Rafforzamento dei controlli |
| | | | In occasione di ogni affidamento | | |

Nuovo sistema di rilevazione delle presenze con lettori biometrici

Nel febbraio del 2017 l'Azienda è stata autorizzata dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali all'installazione di un sistema di lettura di dati biometrici, mediante l'identificazione dell'impronta digitale, per la finalità di garantire la sicurezza degli accessi e la prevenzione dell'uso fraudolento dei tesserini magnetici, oltre che contrastare il fenomeno dell'assenteismo.

La richiesta di interpello, infatti, si è resa necessaria proprio a seguito delle vicende giudiziarie che hanno interessato numerosi dipendenti e che hanno avuto un risalto mediatico nazionale, ingenerando discredito per l'Azienda.

I sistemi di rilevazione elettronica utilizzati infatti si sono rivelati inefficaci anche in considerazione delle oggettive difficoltà dei Direttori delle varie strutture di esercitare i propri compiti di vigilanza, essendo occupati per gran parte nell'attività medica o chirurgica; impossibile inoltre il ricorso ad altri sistemi di controllo delle entrate (es. tornelli) per la toponomastica delle sedi ospedaliere e per la necessità del personale di spostarsi frequentemente da un reparto ad un altro.

Il sistema di rilevazione biometrica è stato attuato nell'ASL di Caserta in maniera assolutamente conforme alle prescrizioni fornite dall'Autorità Garante. Al 31.Dicembre 2019 sono stati attivati 6414 badge con rilevazione dei dati biometrici e sono stati installati oltre 200 lettori biometrici.

Inoltre con il programma di gestione e monitoraggio delle presenze, avendo predisposto idonei "allert", è possibile mettere in condizioni i direttori delle macrostrutture di verificare eventuali anomalie e comportamenti opportunistici. Inoltre la realizzazione di uno specifico programma in house tutti i direttori dei servizi, delle UUOO e delle macrostrutture possono verificare on line la presenza dei propri collaboratori e quindi contribuire a ridurre i cosiddetti casi dei "furbetti dei cartellini".

A causa della emergenza dovuta alla pandemia da covid-sars19, con nota N. 46373/DIR. Gen. a partire dal 26 Febbraio 2020, precauzionalmente è stata sospesa lettura dei dati biometrici, mediante l'identificazione dell'impronta digitale.

La stessa riprenderà non appena sarà dichiarata chiusa l'emergenza per Covid19

Formazione obbligatoria in temadi anticorruzione

La formazione è identificata come uno dei principali meccanismi di prevenzione del rischio che si verifichi un fenomeno di corruzione per cui tutti i Dipendenti aziendali, in particolare coloro che, direttamente o indirettamente, svolgono attività ritenute ad elevato rischio di corruzione, devono partecipare ad un programma formativo sulla prevenzione e repressione della corruzione, e sui temi della legalità.

Orbene, atteso che per il 2019, l'Asl di Caserta con delibera n. 508 del 06 dicembre 2019 ha attivato il Corso di Formazione 2019 in materia di prevenzione della corruzione, rivolta soprattutto ai dipendenti assunti negli ultimi anni (2016-2018) e al personale deputato alle attività di controllo, nel cui programma è prevista tra l'altro attività di formazione sul nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti della ASL di Caserta adottato con delibera n.291 del 01 marzo 2019.

Tale Corso agli inizi di marzo del 2020 a causa delle restrizioni derivanti dalla emergenza pandemia da COVID 19, dopo aver portato a compimento n. 3 moduli formativi ognuno dei quali costituito da tre lezioni di tre (3) ore cadauna per complessive nove (9) ore di formazione per modulo con la partecipazione di n. 68 dirigenti, è stato sospeso

Al termine delle sessioni previste per il suddetto Corso si prevedeva la partecipazione di circa 350 dipendenti.

Per l'anno 2020 è stato richiesto, con nota N.280249/PC del 28 dicembre 2019, a firma RPC, di inserire nel Piano Annuale della Formazione dell'ASL di Caserta, l'attività di Formazione per tutto il personale dirigente e non, assunto dal gennaio 2019 che ancora non è stato formato ed informato su tematiche di corruzione; inoltre con la stessa nota si sottolinea l'indispensabilità di approntare per il 2020 specifici corsi di formazione sia per il personale di cui sopra che per il personale dell'Alta Dirigenza e per il personale afferente alle aree a rischio corruttivo dell'Asl di Caserta, sul nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti della ASL di Caserta adottato con delibera n.291 del 01 marzo 2019 al fine di approfondire le innovazioni introdotte e di ricercare soluzione ai problemi interpretativi emersi in sede di attuazione (nonostante che il suddetto corso di formazione sia stato inserito nel piano di formazione annuale della ASL di Caserta (delibera del direttore Generale ASL N:1017 del 04/08/2020 pg. 6 ALLEGATO non è stato possibile dargli attuazione a causa della pandemia da emergenza Covid19).

Analogamente per l'anno 2021 è stato richiesto con nota N. 35144 del 15/01/2021 a firma RPC vistato

con N.O del Direttore Generale ASLCE, di inserire nel Piano Annuale della Formazione dell'ASL di Caserta, l'attività di Formazione per tutto il personale dirigente e non, assunto dal gennaio 2019, anche e soprattutto derivante dalla massiccia attività di stabilizzazione del personale precario da parte della ASL di Caserta, che ancora non è stato formato ed informato su tematiche di corruzione; inoltre con la stessa nota si sottolinea l'indispensabilità di approntare per il 2021 specifici corsi di formazione sia per il personale di cui sopra che per il personale dell'Alta Dirigenza e per il personale afferente alle aree a rischio corruttivo dell'Asl di Caserta, sul Codice di Comportamento dei dipendenti della ASL di Caserta adottato con delibera n.291 del 01 marzo 2019 al fine di approfondire le innovazioni introdotte e di ricercare soluzione ai problemi interpretativi emersi in sede di attuazione.

Il suddetto corso di formazione è stato inserito nel piano di formazione annuale 2021 della ASL di Caserta (delibera del direttore Generale ASL N:528 del 30 marzo 2021) e al 23 dicembre 2021 sono stati portati a termine N. 5 Sessioni di 3 ore cadauna del summenzionato corso con la partecipazione di circa 250 dipendenti.

L'analisi approfondita del contenuto del Codice di Comportamento, congiuntamente al contenuto del Codice disciplinare, come tra l'altro più volte sottolineato nel PNA 2019, nelle 5 sessioni del corso effettuate è stata tesa ad alimentare la discussione di casi concreti per far emergere il principio comportamentale adeguato nelle diverse situazioni

Dalle risultanze di aula si evince che è estremamente importante il contributo derivante dall'utilizzo di percorsi di aggiornamento e formazione in House condotti da dipendenti interni, (in questo caso il RPC) inseriti negli appositi percorsi formativi come docenti.

Anche in questo caso si prevede per tutte le Sessioni programmate per il Corso la partecipazione di circa 500-600 dipendenti distribuiti su circa 10 sessioni formative di livello generale di 3 h cadauna e n.4-5 sessioni formative di livello specifico di 6 h cadauna per il personale dirigenziale apicale, Direttori dei distretti, Direttori dei dipartimenti, Direttori UOC di Staff etc.

Si specifica inoltre che dal 2014 al 2016 sono stati realizzati:

1.Un corso diretto ai Direttori dei Dipartimenti Amm.vi, ai Direttori dei Servizi Centrali, Ai Direttori Resp. dei Distretti e dei PPOO (Sanitari e Amministrativi) effettuato da un magistrato della Corte dei Conti di Roma (in due giorni)

2- Un corso diretto ai Direttori di struttura complessa ospedalieri e territoriali e ai Responsabili FF e/o responsabili di UOSD (in un giorno) effettuato da un Magistrato della Corte dei Conti di Roma

Oltre 28 riunioni formative con una media di 50-55 partecipanti effettuate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Complessivamente sono stati ad oggi formati oltre 1886 dipendenti (1723 Dipendenti, 81 Specialisti Ambulatoriali, 65 Collaboratori e 17 Interinali).

Programma dei Corsi dell'ASL Caserta -per Anticorruzione e Trasparenza:

I percorsi formativi saranno indirizzati sia al contenuto normativo-specialistico che valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, riguarderanno tanto le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione (norme in materia di trasparenza e integrità etc.), quanto gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa, oltre ad ogni altra tematica che si ritenga utile e opportuna per prevenire e contrastare la corruzione in Azienda.

Sono stati altresì approfonditi i seguenti argomenti, a titolo esemplificativo:

- Concetto di corruzione, la definizione nel nuovo dettato normativo (L. 190/12)
- L'estensione del fenomeno corruttivo in Italia e nel mondo
- Gli impatti economici della corruzione.
- La corruzione in sanità: tipologie.
- La corruzione nel settore farmaceutico (informazione scientifica, ricerca e sviluppo dei farmaci, prescrizione dei farmaci).
- Altri ambiti della corruzione in sanità (es. accreditamento strutture private).
- Di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
- Funzione del Responsabile della prevenzione della corruzione, il Piano Nazionale Anticorruzione e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione: fasi, soggetti e strumenti.
- La mappatura del rischio, gli indici di valutazione della probabilità.
- L'applicazione delle misure obbligatorie e l'identificazione delle misure facoltative del P.T.P.C.

- Il principio della trasparenza dalla L. 241/90 al D. Lgs. 33/13.
- Il rapporto tra anticorruzione e trasparenza: il principio dell'accessibilità totale (pubblicazione, diffusione, comunicazione e accesso) e la nozione di amministrazione aperta (trasparenza e privacy).
- Le misure di promozione della cultura della trasparenza e dell'integrità: il Codice di Comportamento e il Codice Etico
- Il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013): regole generali e responsabilità conseguente alla violazione dei doveri in esso contenuti
- Il Codice di Comportamento Aziendale adottato con delibera n. 291 del 01 marzo 2019
- Il D. Lgs n. 165/2001 come modificato dal D.lgs. 150/09 (c.d. Decreto Brunetta) con particolare riferimento agli artt. 55- ter (Rapporti fra procedimento disciplinare e procedimento penale), 55- quater (Licenziamento disciplinare), 55- quinquies (False attestazioni o certificazioni).
- Le misure di prevenzione della corruzione, in particolare la rotazione alla luce anche del recente orientamento ANAC (delibera n. 13 del 4/2/15).
- Le novità in materia di "post - employment restrictions";
- Lo svolgimento (*pantouflage*)
- Normativa e responsabilità professionale dell'infermiere alla luce delle recenti sentenze della Cassazione; l'art. 4 del D.P.R. 13 marzo 1992, "Atto di indirizzo e di coordinamento alle regioni in materia di emergenza sanitaria";
- La documentazione infermieristica e la cartella clinica;
- Nuovi obblighi e adempimenti per le P.A a seguito della L. 190/12;
- Breve *excursus* sulle recenti modifiche apportate al codice penale (rimodulazione dei reati esistenti, generale aumento delle pene, introduzione di nuovi reati)
- Whistleblowing Policy, con particolare riferimento alle modalità di attuazione nell' ASL CE
- Pantouflage

Come già detto per il 2021 i corsi di aggiornamento (come si evince dalle 5 (cinque) Sessioni già concluse in materia anticorruzione, oltre ad avere in oggetto le tematiche sopra elencate, hanno commentato e continueranno a commentare il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti della Asl di Caserta, adottato con delibera n.291 del 01 marzo 2019.

Programmazione dell'Attività Formativa 2022

| 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 min. 3 ora, sui temi dell'etica, dell'integrità (Disciplina anticorruzione e Trasparenza, PTPCT, Codice di comportamento, Whistleblowing) | Dirigente responsabile della formazione. RPC-RT (selezione del personale interessato) | Entro giugno 2022 Completamento delle sessioni del corso di Formazione avviato nel 2021 come da piano di formazione | Espletamento del percorso formativo. Attestazione di partecipazione Test di apprendimento | Sensibilizzazione del personale sui temi trattati |
| 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 2022 Inizio del Nuovo corso 2022. | | Aggiornamento del RPC e RT |
| 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) | | | | Aggiornamento del personale coinvolto Maggiore padronanza degli strumenti per l'attuazione del PTPCT |

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)

L'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" (pantouflage), introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il comma 16-ter, ove è disposto che:

"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

"Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente" (cfr. Orientamento A.N.AC. n. 24/2015).

Ai fini dell'attuazione della previsione normativa di cui sopra, l'ASL di Caserta ha previsto il divieto del c.d. "pantouflage" in modo specifico nel codice di comportamento dei dipendenti della ASL di Caserta, (art. 14 comma 11 approvato con delibera n. 291 del 01/03/2019 prevedendo, 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", specifiche conseguenze sanzionatorie, (art. 14 comma 9 del citato codice di comportamento) quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; 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.(art. 53 D.Lgs.165/2001 comma 16 ter).

Inoltre, si ritiene, ancorché ciò, è già previsto con la consegna e l'accettazione da parte dei contraenti delle misure previste nel codice di comportamento, che vada disposto, da parte dell'ASL di Caserta nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, anche mediante procedura negoziata, che sia inserita apposita clausola che preveda la non ammissibilità alla partecipazione alla gara di concorrenti che si trovino nelle condizioni di cui all'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001; ovverosia che: il contraente affermi in primo luogo di non aver concluso contratti di lavoro subordinato e/o autonomo e, comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei confronti della ASLCE nel triennio successivo alla loro cessazione del rapporto.

Il contraente, destinatario del provvedimento, dovrà inoltre dichiarare di essere consapevole che ai sensi dell'art.53 c.16 ter, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tali prescrizioni sono nulli e che è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le Pubbliche Amministrazioni per i successivi tre anni con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Infatti l'art. 21, del decreto legislativo 8 aprile 2016, n. 39 estende il divieto di pantouflage anche ai "(...) soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro subordinato o autonomo (...)"

Sul versante degli incarichi, inoltre deve essere previsto che all'atto dell'assunzione del personale, nel relativo contratto individuale di lavoro, deve essere inserita la clausola del cd. pantouflage; l'inserimento della clausola in questione deve essere inserita nei contratti di assunzione e/o rinnovo per tutto il personale, a prescindere dalla qualifica e dalle mansioni assegnate, data l'imprevedibilità a priori della progressione di carriera e/o della mobilità interna durante la vita lavorativa.

Analogamente a tutti i dipendenti che cessano di prestare servizio per l'ASLCE, dovrà essere consegnata apposita informativa inerente i limiti imposti dall' art. 53, c.16 ter, D.Lgs. 165/2001, con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce che attesti l'avvenuta ricezione della stessa);

Il divieto di pantouflage deve intendersi applicato non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche

a coloro che abbiano partecipato al procedimento quali ad esempio dipendenti che abbiano partecipato all'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori quali ad esempio: pareri, certificazioni, perizie etc. che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente” (cfr. Orientamento A.N.AC. n. 24/2015)

Il Consiglio di stato ha inoltre stabilito che spettano all'ANAC i previsti poteri sanzionatori e quindi ha individuato nell'ANAC il soggetto che ha il compito di assicurare, all'esito dell'accertamento di una situazione di pantouflage, la nullità dei contratti sottoscritti dalle parti nonché l'adozione delle conseguenti misure sanzionatorie.

In tal senso, l'ANAC ha provveduto, ad adeguare il proprio regolamento del 29 marzo 2017 (Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari) all'orientamento del Supremo Consesso. (Comunicato del Presidente ANAC del 30 ottobre 2019) con il “Testo coordinato del Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari, con le modifiche recate dalla Delibera n.

654/2021” (le modifiche introdotte con la Delibera n. 654 del 22 settembre 2021, è pubblicata nel sito web dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.)

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 U.O.C. Gestione del Patrimonio Immobiliare UOC STM UOC GRU UOC Tecnologie Sanitarie UOC Provveditorato UOC CIG e S.I. Intensificazione dei controlli | Entro Maggio 2022 | 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 | Entro Maggio 2022 | | |
| | F lussi informativi verso il RPCT | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate | |
| | Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Dichiarazione archiviata | |

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.

L'.35 bis, del D.Lgs. 165/2001, come introdotto dalla l. 190/2012, recita:

“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:

a) Non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) 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;

c) 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”.

In attuazione di quanto previsto dalla disposizione sopra richiamata, si ritiene che il personale dirigente, i componenti di commissioni richiamate e i relativi segretari, all'atto dell'accettazione della nomina, devono rendere apposita dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, nella quale attestano l'inesistenza di condanna per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, oltre all'insussistenza di situazioni di conflitto d'interessi e/o di cause di astensione. Cosa che allo stato già fanno i Titolari di incarichi Dirigenziali Amministrativi e Sanitari di Vertice; i componenti dell'OIV, ed i dirigenti di questa ASL

Le dichiarazioni saranno oggetto di controllo, a campione o, in caso di ragionevole dubbio, mirato ad opera da parte delle Strutture cui competono i processi di

a) Accesso o la selezione a pubblici impieghi (GRU)

b) Affidamento di lavori, servizi e forniture (dirigenti UOC preposte-STM, Provveditorato, etc.)

c) Concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici, in quanto tali responsabili dell'attuazione della misura, come sotto indicati (dirigente UOC preposta)

Programmazione Misure Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici

Analisi dei Rischi Corruttivi

La valutazione del rischio si è articolata nelle seguenti tre fasi:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;- valutazione del rischio corruzione per ciascun processo;- trattamento del rischio. |
|--|

Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio corruzione secondo l'Allegato 5 del PNA 2013

L'Azienda Sanitaria di Caserta ha avviato già dal 2015 un'attività di mappatura dei processi aziendali ed ha messo a punto una griglia che identifica i processi, le relative attività e le eventuali procedure operative, classificati per dipartimento, struttura aziendale di riferimento e responsabile del processo. L'analisi dell'organizzazione interna e delle funzioni assegnate ai Dipartimenti/Distretti, alle Unità Operative Complesse e alle Unità Operative Semplici Dipartimentali previste nell'Atto Aziendale, e il suo confronto con il contenuto dell'articolo 1, comma 16, della legge 190/2012, ha consentito di individuare, nell'ambito delle aree di attività aziendali, in campo amministrativo, sanitario e socio-sanitario, le attività ritenute potenzialmente più esposte o sensibili al rischio di corruzione, che vengono così distinte:

- Piani e procedure di acquisto (annuali e/o pluriennali) e di approvvigionamento di beni e servizi (comprese le acquisizioni in economia);
- Procedimenti di gara di appalto in tutti gli aspetti tecnico-procedurali (compresi la definizione dell'oggetto dell'affidamento, i requisiti di qualificazione e di aggiudicazione, la valutazione delle offerte, le procedure negoziate, gli affidamenti diretti, le variazioni in corso di esecuzione del contratto,

i subappalti);

- Piani e procedure di gestione del patrimonio immobiliare in materia di costruzione, manutenzione, appalti, servizi di progettazione, locazioni e alienazioni (comprese le acquisizioni e le attività in economia);
- Forniture e manutenzioni inerenti lo sviluppo e la gestione del sistema informatico aziendale (hardware, software, reti e connettività);
- Programmi di investimenti e valutazioni delle tecnologie sanitarie;
- Procedure per l'assunzione e la selezione del personale (dipendente o convenzionato); progressioni di carriera; valutazione del personale (anche dirigenziale); conferimento di incarichi di collaborazione;
- Attività amministrative, tecnico-amministrative ed organizzative connesse all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (comprese l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, le erogazioni in regime di libera professione, le prenotazioni, la gestione delle liste d'attesa, le esenzioni e le

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|---|--|---|---|-----------------------------|
| Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A. | Acquisizione delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 35-bis, D.Lgs. 165/2001 / Assenza di conflitto di interessi o ulteriori cause di astensione | Tutti i Responsabili delle Strutture deputate alla gestione dei processi sopra individuati | Puntuali | Presenza delle dichiarazioni di ogni componente della commissione / segretario | Rafforzamento dei controlli |
| | Controlli sulle dichiarazioni | | A campione, con cadenza semestrale (entro il 30 giugno di ogni anno), ovvero mirato | Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard | |
| | Flussi informativi verso il RPCT | Soggetti sopra indica | Ad evento, tempestivo | Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate | |

riscossioni dei ticket, la refertazione);

- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- Rapporti con le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate;
- Incompatibilità, e cumulo di impieghi e incarichi, retribuiti e non retribuiti, conferiti a dipendenti pubblici e a soggetti privati (articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165);
- Le materie oggetto del Codice di comportamento (articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165);
- Ispezioni e controlli (ed eventuali sanzioni conseguenti), con particolare riferimento all'area della prevenzione e all'area acquisto prestazioni esterne da centri accreditati.

Schede di valutazione e trattamento del rischio di macrostrutture secondo il PNA 2013

Già nel Piano 2015 era stata elaborata nell'**ASL Caserta** la valutazione del rischio nelle seguenti macrostrutture e Servizi

- Dipartimento di Prevenzione - Area Veterinaria
- Dipartimento di Prevenzione - Area della Prevenzione, sanità pubblica ed Igiene degli alimenti
- Dipartimento di Prevenzione - Area della Medicina del Lavoro e Prevenzione Infortuni
- Gestione Risorse Umane
- Acquisto Beni e Servizi - Provveditorato ed Economato
- Servizio Economico Finanziario
- Servizio Tecnico Manutentivo
- Servizio Controllo di Gestione e Sistema Informativo

- Servizio AA Generali

L'attività svolta è stata avviata e coordinata dall'allora Responsabile della Prevenzione della Corruzione sulla base dell'analisi del rischio, secondo la metodologia proposta dall'allegato 5 del PNA, sviluppata in occasione di incontri con i responsabili di UOC con riferimento alle seguenti fasi:

- Catalogo dei Processi
- Valutazione e Analisi del Rischio
- Registro dei Rischi
- Ponderazione del Rischio.

La valutazione e l'analisi del rischio di corruzione

Le schede di rischio sono state elaborate dal precedente Responsabile della Prevenzione della Corruzione Dr. Tari Michele Giuseppe nella cui attività è stato coadiuvato da una Commissione di esperti appositamente costituita (delibera ASL Caserta n.715/2015).

In vari incontri tale Commissione ha compulsato tutti i Dirigenti delle Strutture analizzando congiuntamente i relativi rischi. Sono stati applicati a ciascun processo individuato i criteri indicati nella Tabella di cui all'allegato 5 del PNA 2013 (TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO) di seguito riportata:

| TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO | |
|---|--|
| INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1) | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2) |
| <u>Discrezionalità</u> | <u>Impatto organizzativo</u> |
| <p>Il processo è discrezionale?</p> <p>No, è del tutto vincolato 1</p> <p>E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 2</p> <p>E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3</p> <p>E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 4</p> <p>E' altamente discrezionale 5</p> | <p>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)</p> <p>Fino a circa il 20% 1</p> <p>Fino a circa il 40% 2</p> <p>Fino a circa il 60% 3</p> <p>Fino a circa l'80% 4</p> <p>Fino a circa il 100% 5</p> |

La valutazione del "livello di rischio" è stata strutturata sulla base della valutazione della **Probabilità**, (intesa come discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo, controlli) e dell'**Impatto** (inteso come impatto organizzativo, economico, reputazionale e di immagine). Il livello di rischio è stato determinato moltiplicando il valore medio della Probabilità per il valore medio dell'impatto ed è rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25. Secondo la metodologia dell'allegato 5 del PNA 2013, il VALORE COMPLESSIVO DEL RISCHIO è la risultante del prodotto dei seguenti fattori:

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:

0 nessuna probabilità; 1 improbabile; 2 poco probabile; 3 probabile; 4 molto probabile; 5 altamente probabile.

VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:

0 nessun impatto; 1 marginale; 2 minore; 3 soglia; 4 serio; 5 superiore

I risultati emersi al termine della fase di valutazione del rischio, condotta con la metodologia sopra descritta, sono riportati in allegato.

Indice di Valutazione della Probabilità

La stima della probabilità ha tenuto conto, tra gli altri fattori, dei sistemi di controllo per la riduzione del rischio già presenti **nell'ASL di Caserta**.

La Commissione Aziendale di cui alla delibera n.715 del 11.5.2015 ha specificato e chiarito i criteri interpretativi utilizzati e le modalità di applicazione degli indici di valutazione del rischio contenuti nell'allegato n°5 al P.N.A.2013, come di seguito riportato.

Criterio della discrezionalità:

La Commissione **ASL**, in considerazione del fatto che nell'ambito delle funzioni proprie della Pubblica Amministrazione non esiste attività che non sia in qualche modo regolamentata da norme di rango primario o secondario e/o da atti amministrativi generali, ha ritenuto che detto criterio debba essere inteso nell'ambito di ciascuna attività normata. In tal senso la discrezionalità è stata ritenuta sussistente tutte le volte in cui il soggetto chiamato ad applicare le norme ed i regolamenti che disciplinano una certa attività, abbia un qualche margine di scelta nelle modalità interpretative e applicative delle stesse. Tale indice è stato ritenuto tanto più elevato, quanto più a monte dell'applicazione stessa, la scelta sia discrezionale circa i criteri e le modalità applicative delle normative. L'attività inoltre è stata ritenuta ugualmente discrezionale tutte le volte che comporti valutazioni di natura gestionale e/o tecnica anche se tale momento valutativo si collochi nel momento iniziale del processo il quale ne viene in tal modo interamente connotato.

Criterio della rilevanza esterna:

La Commissione ha ritenuto, nell'ambito dei singoli processi, che per "utenti esterni" non debbono essere considerati solo i soggetti esterni alla PA, ma possano essere ritenuti tali anche dipendenti della ASL, destinatari delle attività proprie del servizio in cui il processo si colloca. Ciò avviene ad esempio con riferimento a tutti i processi propri del servizio Gestione Risorse Umane.

Criterio Complessità del Processo:

La Commissione, nell'andare a valutare il numero delle amministrazioni coinvolte in ciascun procedimento, ha utilizzato un criterio di larga interpretazione ritenendo che via sia il coinvolgimento di più PA tutte le volte in cui in astratto questo sia ipoteticamente possibile.

Criterio Valore economico:

La Commissione ha ritenuto di valutare l'impatto economico dei processi sotto il profilo dei vantaggi che questi possano comportare per i beneficiari rapportandolo alle singole categorie di questi ultimi, piuttosto che all'entità economica dei vantaggi stessi. In tal modo provvedimenti attributivi di vantaggi che in sé potrebbero apparire di non particolare rilievo economico, se guardati sotto il profilo del soggetto beneficiario, possono assumere differente rilevanza.

La Commissione inoltre ha ritenuto di attribuire valutazione economica anche a benefici di natura diversa purché economicamente valutabili.

Criteri frazionabilità del processo:

La Commissione ha ritenuto di interpretare tale criterio nel senso più ampio possibile, ritenendo di ravvisare la frazionabilità tutte le volte in cui in astratto il procedimento possa essere suddiviso in più segmenti.

Criteri dei controlli:

Analogamente agli altri criteri anche quello relativo ai controlli è stato applicato in senso estensivo. Si è ritenuto infatti di valutare l'effettiva efficacia di un sistema di controllo astrattamente considerato nell'ambito di ciascun processo oggetto di esame e raffrontandolo, in contraddittorio con i responsabili dei singoli servizi, con quello effettivamente utilizzato al fine di valutarne la sua efficacia in relazione al rischio.

Indice di Valutazione dell'impatto

Criterio dell'Impatto organizzativo.

La Commissione **ASL Caserta** ha applicato il criterio in questione tenendo in considerazione le indicazioni fornite dai Responsabili dei singoli servizi.

Criterio impatto economico

Nell'ambito del criterio in questione la Commissione ha ritenuto di fare riferimento non solo alle eventuali sentenze della Corte dei Conti emesse a carico dei dipendenti dell'ASL di Caserta, ma anche all'emissione di sentenze (di volta in volta nella specifica materia oggetto del processo all'esame) nei confronti di Amministrazioni del medesimo comparto o di altri comparti, laddove oggetto di analisi fossero processi di analoga tipologia (ad esempio Servizio del personale, servizio appalti e contratti etc).

Criterio impatto reputazionale

La Commissione ha applicato lo stesso criterio evidenziato con riferimento all'impatto economico.

Impatto organizzativo economico e d'immagine

La Commissione ha applicato il criterio in questione tenendo in considerazione le indicazioni fornite dai Responsabili dei singoli servizi.

Trattamento del rischio

Attribuito il livello di rischio di corruzione ai suddetti processi aziendali, sono state individuate le rispettive tipologie di gestione del rischio.

Il trattamento del rischio avverrà secondo uno specifico cronoprogramma. In base a tale programmazione, è previsto il trattamento dei processi a:

1. Rischio alto (priorità ALTA) e rischio medio (priorità MEDIA)

All'interno della procedura veniva dettagliata la valutazione del rischio Corruzione con le relative motivazioni a sostegno;

Ottenuta la proceduralizzazione delle attività a rischio alto ogni Referente (vedi paragrafo 1.5.4 punto C) della prevenzione della corruzione si impegna ad individuare azioni di miglioramento volte a prevenire il rischio di corruzione da proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. L'attività può essere svolta con l'ausilio di una taskforce multidisciplinare;

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio.

Rotazione negli incarichi a rischio di corruzione (cfr art. 1, c. 10, b), legge 190/2012).

La ratio delle previsioni normative è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti. Il principio di rotazione si applica - compatibilmente con la dotazione organica e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali - prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure dei responsabili di procedimento, nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

2. Rischio basso (priorità BASSA)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si riserva di verificare e di approfondire le attività a rischio basso, prevalentemente facendo monitoraggio e verifiche a campione una volta l'anno.

2.4.30 La metodologia di analisi del rischio secondo l'Allegato 1 del PNA 2019

Nell' Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" al PNA 2019 è stato suggerito un affinamento della metodologia utilizzata per lo svolgimento del processo di gestione del rischio al fine di assicurare una maggiore precisione nella rappresentazione delle informazioni rilevanti.

Nel PNA 2013, come riportato nel paragrafo precedente, il valore del rischio di un evento di corruzione è stato calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto: $Rischio (R) = Probabilità (P) \times Impatto (I)$. La valutazione dei due fattori probabilità ed impatto veniva effettuata mediante l'attribuzione di un punteggio numerico in applicazione meccanica di quanto stabilito in maniera vincolante nell'allegato 5 al PNA 2013 (Vedi paragrafo precedente)

Dopo alcuni anni di suo utilizzo, questo metodo è stato ritenuto non più adeguato dall'ANAC in quanto la sua meccanicità impediva una ponderazione reale, determinando nella sostanza una sottovalutazione del rischio. Perciò lo stesso è stato adeguato sulla scorta del modello adottato da "UN Global Compact" che si basa sul principio di prudenza e privilegia un sistema di misurazione qualitativo, piuttosto che

quantitativo. L'obiettivo perseguito è quello di conferire agilità e soprattutto efficacia al processo di valutazione del rischio mediante la concentrazione dello sforzo dei responsabili verso la necessaria acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale ed operativo delle attività.

Pertanto, in una prospettiva di superamento dell'Allegato 5 al PNA 2013, l'Allegato 1 del PNA 2019 promuove il ricorso ai cd. "Indicatori di rischio" (key risk indicators), ritenuti "in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti

Sulla base delle susposte argomentazioni si è deciso di rivedere alla luce delle raccomandazioni del PNA 2019 (Allegato 1) la gestione del Rischio, partendo da una revisione delle valutazioni già effettuate fino al PTPCT 2021-2023 coinvolgendo poi tutti i dirigenti e tutti i dipendenti dell'Azienda, che saranno chiamati a fare una valutazione del livello di rischio delle diverse aree e dei singoli processi.

Ciò al fine 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:

- a. l'analisi del rischio
- b. la mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- c. la valutazione del rischio per ogni processo;
- d. la definizione delle misure per la prevenzione;
- e. l'attività di monitoraggio e valutazione

L'analisi del contesto esterno ed interno permette di identificare le aree a rischio.

Nella prassi, le tecniche utilizzabili per l'individuazione degli eventi corruttivi più frequenti includono l'analisi di documenti e di banche dati, l'esame delle segnalazioni, le interviste/incontri con il personale dell'amministrazione, i workshop e i focus group, i confronti (benchmarking) con amministrazioni simili, le analisi dei casi di corruzione, etc.

L'Allegato 1 del PNA 2019, indica a titolo esemplificativo, le principali fonti informative utilizzabili per l'identificazione degli eventi rischiosi ovvero sia:

- Le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- L'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione, oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- Incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es. internal audit) laddove presenti;
- Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RUP);
- Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa, analizzati nel corso di momenti di confronto e collaborazione 8 .

Per stimare l'esposizione al rischio si sono definiti, in via preliminare gli indicatori del livello di esposizione del processo (fase o attività) al rischio di corruzione, supportando l'analisi qualitativa con una rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato, **attraverso forme di autovalutazione**, sul livello di esposizione al rischio, Le valutazioni sono state, , sempre supportate da dati oggettivi (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, etc.) che consentono una valutazione più oggettiva ed una stima più attenta,.

Infatti, l'analisi del rischio è stata fatta anche sulle specificità del contesto interno di riferimento: particolare rilevanza assumono in questa fase: contenziosi e/o segnalazioni; provvedimenti e procedimenti disciplinari; esiti di controlli; incontri con i responsabili degli uffici e con il personale; evidenza sui media.

Si riportano di seguito gli indicatori di stima che sono stati utilizzati nel processo valutativo e i dati oggettivi impiegati per migliorare il processo di misurazione del livello di rischio, dato che per

supportare l'analisi di tipo qualitativo è necessario esaminare anche dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimento degli eventi corruttivi.

Per semplificare e facilitare il raffronto fra gli eventi corruttivi, si è ritenuto utile raggruppare i valori del rischio (livelli) in soli tre livelli (ALTO, MEDIO, BASSO)

Indicatori di Stima del Livello di Rischio

Discrezionalità dei processi

| | |
|--|-------|
| Il processo è del tutto vincolato | BASSO |
| E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) | MEDIO |
| E' altamente discrezionale | ALTO |

Interesse esterno Presenza di interessi, anche economici, per i destinatari del processo

| | |
|--|-------|
| Il processo ha come destinatario finale un ufficio interno | BASSO |
| Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico | MEDIO |
| Il processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla PA e comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi (es.: affidamento di appalto) | ALTO |

Controlli (controllo preventivo e successivo di regolarità amministrativa, controlli a campione ecc)

| | |
|---|-------|
| Il tipo di controllo applicato costituisce un efficace strumento per neutralizzare il rischio | BASSO |
| E' efficace ma in minima parte | MEDIO |
| Non è efficace in quanto il rischio rimane indifferente | ALTO |

Efficacia della trasparenza: tracciabilità del processo; diffusione (interna e/o esterna dei documenti/informazioni); completezza e chiarezza dei documenti/informazioni

| | |
|---|-------|
| Le suddette condizioni sono presenti ed attuate in maniera efficace | BASSO |
| Sono parzialmente presenti e da migliorare | MEDIO |
| Inadeguate o assenti | ALTO |

Grado di attuazione delle misure di trattamento

| | |
|---------------------------|-------|
| Le misure vengono attuate | BASSO |
| Parzialmente attuate | MEDIO |
| Non vengono applicate | ALTO |

Personale coinvolto nella gestione del processo

| | |
|---|-------|
| Il processo è gestito da personale con competenze specifiche e con attribuzione di responsabilità | BASSO |
| Sono parzialmente presenti e da migliorare | MEDIO |
| Inadeguate o assenti il personale con competenze specifiche | ALTO |

Il livello di rischio (alto - medio - basso) scaturisce esclusivamente dalla valutazione di insieme degli indicatori di rischio utilizzati per la stima. Mentre i dati oggettivi e le informazioni, dovranno essere utilizzati solo come evidenze e guide a supporto della motivazione

Nell' **ALLEGATO 1** di questo Piano sono riportate le schede dei Processi, Valutazione del Rischio e Misure di Mitigazione delle aree di Rischio individuate nelle strutture e macrostrutture della ASL di Caserta

Dati Oggettivi per la Stima del Rischio

Per migliorare il processo di misurazione del livello di rischio è stato necessario supportare l'analisi di tipo qualitativo con l'esame dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di

accadimento futuro degli eventi corruttivi. Allo scopo si sono utilizzati i dati riportati nella Tabella che segue:

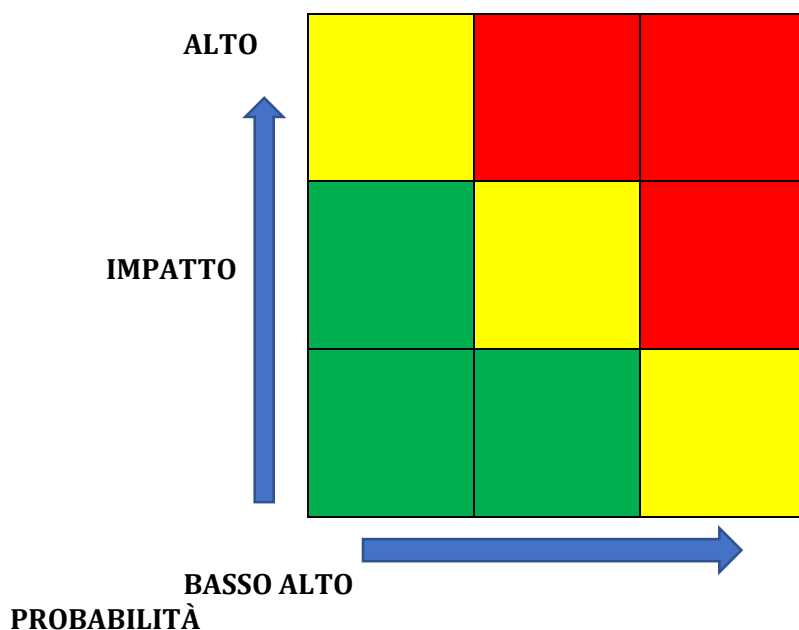
| | |
|---|--|
| I dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione | <p>Possono essere considerate le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I reati contro la PA; Il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (art.640 e 640 bis c.p.); • I procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti); • I ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici |
| Le segnalazioni pervenute | <p>Le segnalazioni ricevute sia dall'interno dell'amministrazione ma anche quelle pervenute dall'esterno.</p> <p>Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla mala gestione di taluni processi organizzativi</p> |
| Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione | Rassegne stampa, ecc. |

Al fine di rappresentare graficamente e in maniera leggibile – sia sotto il profilo della probabilità sia dell'impatto – l'analisi della valutazione dei rischi, è possibile ricorrere alle cosiddette "matrici del rischio". In figura è riportato un esempio di mappa del rischio a matrice, nella quale sono indicati, lungo l'asse delle ordinate e delle ascisse, rispettivamente l'impatto e la probabilità. Tale rappresentazione è particolarmente utile per valutare in modo selettivo le decisioni da intraprendere in funzione delle priorità assegnate ai fenomeni analizzati.

Un approccio comune divide solitamente i rischi in 3 differenti livelli:

1. (rosso) un livello di attenzione massima dove i rischi che vi ricadono sono definiti intollerabili e dove è essenziale prevedere delle misure di trattamento del rischio indipendentemente dai costi connessi;
2. (giallo) un livello di attenzione intermedio dove i rischi non sono ritenuti prioritari e dove un'analisi costi benefici è considerato nella decisione di adottare o meno delle misure di trattamento;
3. (verde) un livello di attenzione minimo dove i rischi sono classificati sopportabili o così non rilevanti da non necessitarsi particolari misure di trattamenti

Matrice di Rischio



2.4.30 Aree di Rischio Specifiche in Sanità- Monitoraggio e Tempi Attuazione

Contratti Pubblici

Il protocollo di Legalità

Da premettere che l'ASL Caserta su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha aderito al Protocollo di Legalità in materia di Appalti pubblici con la Prefettura di Caserta con delibera n. 1684 del 18.12.2014. con il quale tra l'altro, l'ASLCE si assume l'obbligo di acquisire dalla Prefettura di Caserta prima della stipula del contratto, le informazioni antimafia di cui all'art.10 del DPR n. 252/98 sul conto delle imprese interessate aventi sede legale anche fuori provincia ciò relativamente agli appalti di opere o lavori pubblici di valore pari o superiore a 250000€, ovvero subappalti di valore pari o superiore a 100000€, ovvero alle prestazioni di servizi e forniture pubbliche di valore pari o superiore a €.50000.

Inoltre le imprese aggiudicatriche sono tenute a sottoscrivere una attestazione nella quale si impegnano ai sensi del Protocollo di Legalità sottoscritto con la Prefettura di Caserta, siglato in data 14.01.2015, **ad accettare ogni clausola in detto Protocollo** contenuta ai fini del rispetto degli adempimenti ivi previsti a carico della stazione appaltante e delle ditte concorrenti e/o aggiudicatriche. In particolare;

Clausola n. 1

La sottoscritta impresa **dichiara di essere a conoscenza** di tutte le norme pattizie di cui al protocollo di legalità, sottoscritto dalla stazione appaltante con la Prefettura di Caserta, tra l'altro consultabili al sito <http://www.utgcaserta.it>, e che qui si intendono integralmente riportate e di accettarne incondizionatamente il contenuto e gli effetti.

Clausola 2

La sottoscritta impresa **si impegna a denunciare** immediatamente alle Forze di Polizia o all'Autorità Giudiziaria ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione nei confronti dell'imprenditore, degli eventuali componenti la compagine sociale o dei rispettivi familiari (richiesta di tangenti, pressioni per indirizzare l'assunzione di personale o l'affidamento di lavorazioni, forniture o servizi a determinate imprese, danneggiamenti, furti di beni personali o di cantiere).

Clausola 3

La sottoscritta impresa **si impegna a segnalare** alla Prefettura l'avvenuta formalizzazione della denuncia di cui alla precedente clausola 2 e ciò al fine di consentire, nell'immediato, da parte dell'Autorità di pubblica sicurezza, l'attivazione di ogni conseguente iniziativa.

Clausola 4

La sottoscritta impresa **dichiara** di conoscere e di accettare la clausola espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto, ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto, qualora dovessero essere comunicate dalla Prefettura, successivamente alla stipula del contratto o subcontratto, informazioni interdittive di cui all'art. 91 del D. Lgs. n.159/2011, ovvero la sussistenza di ipotesi di collegamento formale o sostanziale o di accordi con altre imprese partecipanti alle procedure concorsuali d'interesse. Qualora il contratto sia stato stipulato nelle more dell'acquisizione delle informazioni del prefetto, sarà applicata a carico dell'impresa, oggetto dell'informativa interdittiva successiva, anche una penale nella misura del 10/% del valore del contratto ovvero, qualora lo stesso non sia determinato o determinabile, una penale pari al valore delle prestazioni al momento eseguite; le predette penali saranno applicate mediante automatica detrazione, da parte della stazione appaltante, del relativo importo dalle somme dovute all'impresa in relazione alla prima erogazione utile.

Clausola 5

La sottoscritta impresa **dichiara** di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto, ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto, in caso di grave e reiterato inadempimento delle disposizioni in materia di collocamento, igiene e sicurezza sul lavoro anche con riguardo alla nomina del responsabile della sicurezza e di tutela dei lavoratori in materia contrattuale e sindacale.

Clausola 6

La sottoscritta impresa **dichiara**, altresì, di essere a conoscenza del divieto per la stazione appaltante di autorizzare subappalti a favore delle imprese partecipanti alla gara e non risultare aggiudicatarie, salvo le ipotesi di lavorazioni altamente specialistiche.

Clausola 7

La sottoscritta impresa **dichiara** di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto, ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o al subcontratto nonché, l'applicazione di una penale, a titolo di liquidazione dei danni – salvo comunque il maggior danno – nella misura del 10/% del valore del contratto o, quando lo stesso non sia determinato o determinabile, delle prestazioni al momento eseguite, qualora venga effettuata una movimentazione finanziaria senza avvalersi degli intermediari di cui al decreto-legge n. 143/1991. Infine le imprese dichiarano di essere informate che la mancata osservanza degli obblighi derivanti dalla suddetta dichiarazione comporterà l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

Strutture deputate all'attivazione di procedure di gara

Nella **ASL Caserta** i servizi deputati all'attivazione di procedure di gara sono:

- Servizio Provveditorato per l'acquisizione di beni e servizi -Economato
- Servizio Tecnico Manutentivo
- Servizio Tecnologie Sanitarie
- Settore Gestione Risorse Informatiche del Servizio C.di G.e Sistema Informativo
- Servizio Patrimonio
- Direzioni Amm.ve dei PP.OO. e dei Distretti (per piccoli acquisti e servizi)

Acquisizione/esecuzione di beni, servizi, lavori

Il Decreto legge 16 luglio 2020, n. 76, in materia di "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale", ha introdotto, nel Titolo I, Capo I (Semplificazioni in materia di contratti pubblici), alcune rilevanti novità in materia di contratti pubblici, finalizzate ad incentivare gli investimenti pubblici nel settore delle infrastrutture e dei servizi, nonché a fronteggiare le ricadute economiche negative conseguenti alle misure di contenimento e dell'emergenza legata alla pandemia da COVID-19. Tale provvedimento è stato oggetto di una circolare dell'ANAC dedicata all'esame e al commento delle disposizioni introdotte in tema di contratti pubblici, trasparenza e anticorruzione. L'ANAC, data la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici (area considerata fra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi), era già intervenuta sulla materia nell'ambito dei poteri attribuiti dall'articolo 213 del codice dei contratti pubblici. In particolare, l'ANAC ha ritenuto di dedicare un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019 recante le "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici", di cui all'articolo 42 del D. lgs. n. 50 del 2016. Inoltre, il PNA 2016, fermo restando quanto già

indicato nella determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, ha fornito specifiche indicazioni relative al processo degli acquisti in ambito sanitario nella sezione II Sanità e, in particolare, nel § 2.1.1. "Contratti pubblici", come di seguito dettagliato

Procedure di gara nella ASL di CASERTA- e gli Indicatori di Monitoraggio

Procedure di Gara per la fornitura di farmaci e presidi

In Campania l'acquisto di farmaci, dispositivi sanitari, alcuni servizi ed alcune tecnologie vengono gestiti quale stazione appaltante regionale dalla So.Re.Sa (Società a totale partecipazione pubblica regionale).

L'ASL deve solo aderire a tali procedure.

In particolare:

- L'acquisto di farmaci avviene per l'85 % tramite So.Re.Sa
- L'acquisto di presidi cardiologici-elettrostimolatori-Pace Maker avviene per il 100%
- L'acquisto di protesi ortopediche per il 40 %
- L'acquisto di materiali sanitari per il 25 %
- L'acquisto di reagenti di laboratorio in service per l'80 %
- L'acquisto dei vaccini per il 70 %

Altri dispositivi medici (presidi per diabetici, alimenti per celiachia, presidi ad incontinenza ad assorbimento e a raccolta) sono aggiudicati dalla So.Re.Sa e distribuiti tramite le farmacie convenzionate e o aderenti con ordini sul portale SoReSa.

Analogamente la gara per l'erogazione dell'Ossigeno Liquido Terapeutico è assicurata dalla So.Re.Sa.

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 SoReSa. Analogamente le farmacie 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 quello specifico microinfusore.

Per evitare è stata inoltrata una specifica richiesta alla Regione e alla So.Re.Sa sia per regolamentare tale procedura e sia per effettuare una procedura di Gara Regionale e nelle more l'Azienda si sta attivando per indire una procedura di gara aziendale.

In questa fase particolare attenzione dovrà essere posta alle procedure di approvvigionamento

Tutto il processo di gestione degli ordini e dei magazzini **nell'ASL Caserta** è informatizzato.

La valutazione dei fabbisogni di farmaci e' rapportata al Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO), alla prescrizione degli specialisti interni (redatto con apposita modulistica informatizzata).

Nel 2016 il decreto del Commissario ad Acta n. 56/2015 impone la redazione dei Piani Terapeutici sul portale SANIARP prodotto proprio **dall'ASL Caserta** per tutta la Campania. Analogamente sarà perseguito ad ogni costo l'obiettivo di prescrizioni ed erogazioni di farmaci generici.

Particolare attenzione viene e verrà posta per gli ordini di materiali sanitari e protesici esclusivi sottoposti al vaglio di una commissione interna.

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 i Soggetti destinatari 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:

- Il frazionamento negli acquisti.
- Affidamenti diretti
- Acquisti di prodotti infungibili/esclusivi
- Proroghe degli affidamenti
- Acquisti urgenti
- La revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali

| |
|---|
| Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC: |
| 1- Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| 2- Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico) |
| 3- Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza; |
| 4 - proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).). |

Al fine di 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 sarà valutato l'operato dei farmacisti, tenendo altresì in dovuto conto 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.

Occorre, inoltre, che siano correttamente individuati gli attori interni da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare i beni/servizi che soddisfano il fabbisogno.

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.

Programmazione misure Forniture Farmaci e Presidi

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--------------------------------|---|---|---------------------------------|----------------------------|--|
| Fornitura di farmaci e presidi | Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi | Direttori U.O.C. Farmacie Provveditorato, CIG PP:OO, Distretti Dipartimenti | In Attuazione | Entro dicembre 2022 | 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; |
| | | | | | 4 -proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).). |

Affidamenti servizi esternalizzati

Tali appalti erano stati delegati alla Stazione Unica Appaltante Provinciale (Del.N.1685 del 18.12.2014) ad eccezione di quelli già avviati nel 2014.fino al 2019 anno in cui l'Asl di Caserta è uscita dalla S.U.A per fine convenzione.

Per la Pulizia delle superfici aziendali la gara, cosiddetta "ponte", è stata effettuata dal Servizio Provveditorato dopo aver confrontato i prezzi di riferimento con i prezzi di riferimento AVCP ed è stata aggiudicata nel 2020. Nel 2021, all'atto dell'affidamento, la CONSIP che aveva concluso analoga gara, ha

avvocato la sé il suddetto affidamento. La gara è stata aggiudicata ed affidata nel 2021 con delibera del D.G. N. 1257/21

Per tutti i servizi esternalizzati, sono state emanate e confermate per il triennio 2020-2022 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 compatibile con i limiti di spesa ed il budget previsto nel Bilancio Preventivo e conforme alla spending review.

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 la reiterazione dell'inserimento di specifici interventi
- La presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi soggetti o di gare con unica offerta valida costituiscono tutti 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 per individuarne le 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;
- Per rilevanti importi contrattuali previsione di obblighi di comunicazione/informazione puntuale nei confronti del RPC 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 RPC.

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dei Servizi esternalizzati

- 1 - affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
- 2 - proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
- 3- Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie
- 4- Percentuale di gare con un'unica offerta valida

Programmazione misure Servizi Esternalizzati

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|------------------------|----------------|---|---|----------------------------|--|
| Servizi Esternalizzati | Monitoraggio | Direttori U.O.C. Provveditorato,CIG PP:00, Distretti Dipartimenti Tecnologie sanitarie | La gara Servizi pulizie superfici Aziendali è stata aggiudicata ed affidata nel 2021 con delibera del D.G. N. 1257/21 | Entro dicembre 2022 | affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per |
| | Servizi | STM, Patrimonio | | | valore economico) |
| | Esternalizzati | | | | 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 | | |

Procedure di acquisto di materiale e con omale

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.

Già nel corso degli anni 2015 -2019 e così anche nel triennio 2022-2024 tali procedure nell'ASL Caserta dovranno essere effettuate solo attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip.

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dei beni economici:

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dei Servizi esternalizzati

- 1 - affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) 2 - numero di acquisti tramite MEPA / su numero di acquisti totali
- 3- Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie.
- 4- Percentuale di gare con un'unica offerta valida

Programmazione misure Acquisto Materiale Economale

| Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---------------------------------|----------------------------|---|
| Monitoraggio Acquisto Materiale Economale | Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti | In Attuazione | | Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) |
| | | | In essere - completare | Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) |
| | | | Entro dicembre 2022 | Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie |
| | | | | Percentuale di gare con un'unica offerta Valida |

Procedure di acquisto di materiale Hardware, Software e licenze d'uso

Tali procedure nell'ASL Caserta vengono espletate dal Settore Gestione Risorse Informatiche del Servizio Controllo Interno di Gestione e Sistema Informativo.

Tutte le procedure di acquisto dal 2018 sono espletate con adesione alle Convenzioni attive Consip - S (Computer, Stampanti, Server, Scanner ed altro hardware), alle convenzioni attive So.Re.Sa (Licenze Microsoft etc.) e/o attraverso procedure del Mercato Elettronico (MEPA). Nessuna procedura potrà essere effettuata con forme ed indagini diverse se non adeguatamente motivata e comunque per acquisti sotto soglia ed in attuazione del regolamento degli acquisti precedentemente adottato.

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dei beni informatici

- affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
- numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero 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

Programmazione misure Acquisto materiale Hardware- Software

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------|---|---|
| Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso | Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso | Direttori U.O.C. Provveditorato ,CIG | L In Attuazione | In essere- completare Entro dicembre 2022 | 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 |

Procedure di gara area tecnologie Sanitarie

Tali procedure nell'ASL Caserta vengono espletate dal Servizio Tecnologie Sanitarie e Telecomunicazioni. Tale servizio 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 SORE-SA, per altre con adesione alla CONSIP o con MEPA.

Per il 2022 dovranno essere previste solo adesioni alle gare CONSIP e SORESA o procedure tramite MEPA.

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare delle Tecnologie Sanitarie e Telecomunicazioni

- 1 - numero affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
- 2 - numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero di acquisti totali
- 3- Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie
- 4- Percentuale di gare con un'unica offerta valida

Programmazione misure Area Tecnologie Sanitarie

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso | Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso | Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG | L In Attuazione | In essere- completare Entro dicembre 2022 | 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 |

Procedure di gara area tecnico manutentiva

Tali procedure nell'ASL Caserta vengono espletate dal Servizio Tecnico manutentivo

Gare dell'Area Tecnica analisi per singola fase

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 i Soggetti destinatari 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 e varianti in corso d'opera
- 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.

| Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per la fase di programmazione | |
|---|--|
| Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) | |
| Procedure negoziali senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (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). | |
| Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie | |
| Ulteriori misure definite nel presente PTPC da attuarsi entro il 31/12/2022 | |
| 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 RPC 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 RPC. | |
| Misure previste da attuarsi entro il 31/12/2022 | |
| 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 dall'art. 2 del 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 dettagliano 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 obbligatoriamente 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 RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari | |

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

Ed inoltre con specifico riguardo alle procedure negoziate, affidamenti diretti, in economia o comunque sotto soglia comunitaria rendere obbligatorio:

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 RP

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

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dell'area tecnica

- 1- affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo
- 2- rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando.
- 3- 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.
- 4- quantificare il numero di affidamenti fatti in un determinato arco temporale che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) rispetto a tutti gli affidamenti effettuati in un determinato periodo. Sebbene, infatti, questo criterio troverà uno spazio sempre maggiore con l'introduzione delle nuove direttive, esso presenta un più elevato rischio di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso.

Programmazione misure Area Tecnica Manutentiva

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-----------------------------|--|--|---------------------------------|---|---|
| Procedure dell'Area Tecnica | Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica | Direttori U.O.C. Provveditorato STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. | L In Attuazione | In essere-completare Entro dicembre 2022 | 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. |

Selezione del contraente

| Principali rischi |
|--|
| <p>In questa fase i rischi possibili derivano dalla 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; l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito; la 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)</p> <p>Le principali anomalie rivelatori di una non corretta gestione di questa fase possono essere l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante, l'immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando, il 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), l'alto numero di concorrenti esclusi, la presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi, nonché una valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata, l'assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza, la presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori ovvero di gare con un ristretto numero di partecipanti o con un'unica offerta valida.</p> |

Possibili misure da attivare

Effettuare procedure di gara solo utilizzando la procedura telematica "Albo fornitori e procurement" Accessibilità online della documentazione di gara;

Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara;

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;

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);

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:

A. L'esatta tipologia di impiego/lavoro, sia pubblico che privato, svolto negli ultimi 5 anni;

B. 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);

C. Se professionisti, di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 84, co. 8, lett. a), del Codice);

D. 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);

E. 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;

F. 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.

G. 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.

• 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".

• *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.

Pubblicazione sul sito internet dell'amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.

Obbligo di preventiva pubblicazione online del calendario delle sedute di gara.

Ulteriori Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dell'area tecnica nella fase di selezione del contraente:

- 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.

Programmazione misure Selezione del Contraente

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|--|---|
| Selezione del Contraente | Monitoraggio Selezione del Contraente | Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti | In Attuazione | In essere-completare Entro dicembre 2022 | - conteggio del numero Pprocedure 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. |

Esecuzione del contratto

Principali rischi

- 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.

Possibili misure da adottare in questa fase

- Effettuare procedure di gara solo utilizzando la procedura telematica "Albofornitori e.procurement"
- Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo.
- Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti.
- Per opere di importo rilevante, pubblicazione online di rapporti periodici che sintetizzino, in modo chiaro ed intellegibile, l'andamento del contratto rispetto a tempi, costi e modalità preventivate in modo da favorire la più ampia informazione possibile.

Rendicontazione del contratto

Nella fase di rendicontazione del contratto nel 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.

Misure previste per questa fase

- 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.
- Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.

| |
|--|
| Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dell'area tecnica nella fase di rendicontazione: |
|--|

| |
|---|
| - 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 riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. Per il calcolo dello scostamento di tempo di ciascun contratto sarà necessario fare la differenza tra il tempo effettivamente impiegato per la conclusione del contratto ed il relativo tempo previsto da progetto e rapportarla al tempo di conclusione inizialmente previsto. |
|---|

Maggiori integrazioni di questa sezione sono riportate nel Programma della Trasparenza all'interno della specifica Sezione

Programmazione misure Esecuzione del Contratto

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--------------------------|--------------------------|--|---------------------------------|--|---|
| Esecuzione del Contratto | Esecuzione del Contratto | Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti | In Attuazione | In essere-completare Entro dicembre 2022 | 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 riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi |

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.

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 indirizzi applicativi».

Verifica degli atti amministrativi

L'Azienda Caserta ha individuato uno specifico gruppo di lavoro (nota prot.242058/ASL del 05.10.2016) modificato con disposizione del Direttore Amministrativo Aziendale N.254356 del 22/11/2019 per il monitoraggio preventivo alla pubblicazione all'albo pretorio delle determinazioni dirigenziali.

| MONITORAGGIO DETERMINE DIRIGENZIALI 2017 | | | | |
|---|------------|-----------|------|--------|
| 1° Genn 2017/12 Dic 2017 | | | | |
| STRUTTURE | PUBBLICATE | ANNULLATE | % | TOTALE |
| ASL | 7759 | 605 | 7,23 | 8364 |

| MONITORAGGIO DETERMINE DIRIGENZIALI 2018 | | | | |
|---|------------|---------|-----|--------|
| Periodo 1 Gennaio/12 dicembre 2018 | | | | |
| STRUTTURE | PUBBLICATE | Sospese | % | TOTALE |
| ASL | 8387 | 571 | 6.3 | 8958 |

| MONITORAGGIO DETERMINE DIRIGENZIALI 2019 | | | | |
|---|------------|---------|------|--------|
| Periodo 1 Gennaio/12 dicembre 2019 | | | | |
| STRUTTURE | PUBBLICATE | Sospese | % | TOTALE |
| ASL | 9896 | 1014 | 10.2 | 10910 |

| MONITORAGGIO DETERMINE DIRIGENZIALI 2020 | | | | |
|---|------------|---------|------|--------|
| Periodo 1 Gennaio/12 dicembre | | | | |
| STRUTTURE | PUBBLICATE | Sospese | % | TOTALE |
| ASL | 9308 | 469 | 5.0% | 9777 |

| MONITORAGGIO DETERMINE DIRIGENZIALI ANNO 2021 | PUBBLICATE | Sospese | % | TOTALE |
|--|-------------------|----------------|----------|---------------|
| Periodo 1 Gennaio/30 Settembre 2021 | | | | |
| STRUTTURE ASL | | | | |
| | 6680 | 296 | 4.4% | 6976 |

Per il 2021 si riporta un'analisi dettagliata:

Sono state esaminate nel periodo 1 Gennaio/30 Settembre 2021 n° 6976 determinine per la pubblicazione di cui n° 296 sospese e ritrasmesse nuovamente ai Direttori delle Strutture per le opportune modifiche. Di queste ultime si riportano le motivazioni: più frequenti che ne hanno causato la sospensione e la richiesta di chiarimenti da parte della Commissione:

- Carenza di documentazione autorizzativa come previsto dalle vigenti normative
- Mancanza di allegati o prospetti
- Allegati o prospetti illeggibili
- Allegati riguardanti altre determinine
- Caricamento delle determinine e degli allegati non riusciti e file danneggiati
- Oggetti differenti rispetto al testo della determina etc.
- Liquidazione oneri a personale dipendente con debito orario
- Liquidazione con DURC scaduti
- PTRI documenti di identità allegati illeggibili
- Non conformità alla normativa sulla privacy
- PTRI Verbali UVI a sanatoria o illeggibili
- PTRI ritardata adozione della determina
- Ricoveri classificati come PTRI/BdS anche se non corrispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa vigente
- Mancata motivazione della scelta di una Ditta

Infine, da verifica effettuata è risultato che: al 31/12/2021 sono state pubblicate all'Albo Pretorio complessivamente N. 9599 determine in Totale.

Gestione del Patrimonio dell'ASL Caserta

Il patrimonio dell'**ASL Caserta** è particolarmente vasto sia in termini proprietà edilizia che per terreni. La gestione è affidata alla struttura complessa Servizio Patrimonio.

Il predetto servizio cura anche la gestione di tutti gli immobili in fitto e la loro dismissione in relazione ai rigorosi obiettivi di contrazione della spesa.

Il rischio si annida sia sulla cattiva conduzione delle entrate sugli immobili di proprietà, ed in particolare sui terreni, che in quella sulla determinazione per nuovi contratti di fitto o per la dismissione degli stessi.

Tutti i beni sono oggi pubblicati nella specifica sezione dell'Amministrazione trasparente ai sensi dell'art.30 del d.l.s. 33/2013.

Il rafforzamento di queste misure potrebbe essere effettuato anche con riferimento a dati ulteriori quali, ad esempio, il valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo. Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

Programmazione misure Gestione del Patrimonio

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|------------------------------|---------------------------------|--|---|
| Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione del Contratto | Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione dei Contratti | Direttori U.O.C. Patrimonio | In Attuazione | In essere-completare Entro dicembre 2022 | 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 riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi |

La gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano rischi c o n c r e t i di corruzione:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti,
- liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza acquisire le note di credito richieste
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere,
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

In questa area è necessario confermare:

- la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica ed il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito della trasparenza della programmazione dei pagamenti
- la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse.
- la rotazione dei funzionari proposti.

- tendere alla certificazione dei bilanci con pubblicazione sul sito WEB dell'ASL del relativo stato di avanzamento.

Al fine di scongiurare il rischio di pagare fatture per prestazioni sanitarie erogate e per le quali le strutture di controllo hanno richiesto l'emissione di note di credito per prestazioni inappropriate o non corrette si propone il seguente percorso:

- Il Servizio di Controllo (Case di cura, centri accreditati diagnostica ambulatoriale e riabilitazione) dopo i necessari controlli emette richiesta di note di credito con notifica sia alla struttura che al Servizio Economico Finanziario. Le note di credito emesse vanno inviate dal Servizio Economico Finanziario ai Servizi di Controllo.

- Quest'ultimo emettono provvedimenti di liquidazione al netto delle note di credito. Il Servizio Economico Finanziario invia copia di tutti i pagamenti attraverso un specifico software ai servizi di controllo che hanno effettuato la liquidazione. L'Azienda si doterà di un particolare programma per collegare gli estratti conto con tutto il contenzioso per evitare pagamenti su prelievi forzati.

Programmazione misure Gestione Pagamenti

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|------------------------|------------------------|--|---------------------------------|--|--|
| Gestione dei pagamenti | Gestione dei pagamenti | Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti Controllo Case di cura e centri privati accreditati | In Attuazione | In essere-completare Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - 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. |

Monitoraggio negli ambiti più frequenti di corruzione in Sanità

L'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), pubblicato in data 28 ottobre 2015, pone nell'approfondimento specifico per la Sanità particolare attenzione al contesto sanitario, evidenziando quanto il concetto di rischio in questo settore sia strettamente legato al tema del risk management, in particolare quando connesso a cattiva amministrazione.

In particolare vengono individuate

Aree di rischio generali

Si tratta delle aree relative a:

- A. Contratti pubblici;
- B. Reclutamento del personale incarichi e nomine
- C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- D. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Per i contratti pubblici in sanità occorre far riferimento alle sezioni precedenti.

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 in primis

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,

b) 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)

c) una attenta e puntuale **definizione dei requisiti di ammissione**

d) un migliore bilanciamento tra titoli di carriera e altri titoli

e) commissioni di concorso neutrali e competenti.

f) Per la costituzione delle Commissioni di concorso per l'ammissione 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

g) osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione

Il D.lgs. 39/2013 (oltre alla delibera ANAC 149/2014) si occupa delle inconfiribilità e delle incompatibilità dei vertici delle Aziende (Si riporta quanto indicato anche nel programma della Trasparenza)

"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 la 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:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- c) incarico di direzione di struttura semplice;
- d) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- e) 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.

Incarichi dirigenziali di struttura complessa

A seguito dei decreti 49/2009 e 46/2010 e di specifiche linee guida dettate dalla struttura commissariale per l'attuazione del piano di rientro in Sanità nel 2013 l'ASL Caserta ha adottato una proposta di Atto Aziendale. Successivamente a seguito della pubblicazione della proposta di Piano Ospedaliero l'Azienda ha redatto una nuova proposta di Atto Aziendale ancora al vaglio della Regione. In tale proposta è stata definita una drastica riduzione delle strutture complesse (113) ed una notevole riduzione delle strutture semplici e semplici dipartimentali

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 complesse 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.

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, le Aziende Sanitarie dovranno orientare le opportune misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- 2 Esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- 3 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;
- 4 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;
- 5 Pubblicazione degli atti del procedimento.

Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero

La procedura di conferimento di tale incarico equivale alle ordinarie procedure concorsuali di Direzione di struttura Medica Complessa.

A tal proposito rimane opportuno identificare:

- 1- Avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale ed eventualmente regionale;
- 2- Costituzione della commissione selezionatrice;
- 3- Predeterminazione dei criteri di selezione;
- 4- 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);
- 5- Pubblicazione degli atti del procedimento.

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 deve adottare tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento, avuto riguardo delle buone prassi già adottate da alcune aziende e delle seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- 1- Verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- 2- 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);
- 3- Avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- 4- Costituzione della commissione selezionatrice;
- 5- Predeterminazione dei criteri di selezione;
- 6- Misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- 7- 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);
- 8- 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);
- 9- 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.

Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale di cui al CCNL 8.6.2000 (art. 28) I biennio economico e, per quanto concerne in particolare gli effetti della valutazione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di maggior rilievo professionali o gestionali, nella disciplina di cui all'art. 33 del CCNL 8.6.2000, come sostituito dall'art. 28 del CCNL 3.11.2005.

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.

Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto

previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- 1- Pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
- 2- Esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.
- 3- Altre tipologie di incarichi

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992

La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. A ciò si aggiunga che si tratta di incarico a tempo determinato attribuito al di fuori delle procedure ordinarie di reclutamento del personale, seppure nei limiti previsti dalla normativa vigente e nel rispetto dei vincoli dei tetti di spesa.

Si prevedono le seguenti raccomandazioni volte a massimizzare i livelli di trasparenza delle relative procedure attraverso anche un processo selettivo che dia conto dei criteri e delle scelte operate.

Nello specifico, tenuto conto della connotazione di eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico - in quanto ipotesi derogatoria rispetto alle regole generali per le assunzioni, valgono anche per questa tipologia di incarichi le misure previste sia per gli altri incarichi dirigenziali che per le sostituzioni, ovvero:

- 1- Esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;
- 2- Esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione.

Rapporti con le OSS

Nell'incontro con le OOSS della CIGL, CISL, UIL e FIALS è stato concordato che *"Fermo restando il rispetto delle linee guida emanate dall'ANAC in riferimento al Piano su richiesta delle OOSS l'amministrazione si impegna al rispetto delle norme contrattuali nazionali e decentrate quando il Piano va incidere direttamente sugli articolati della contrattazione decentrata e nazionale onde evitare ogni conflitto normativo (informativa preventiva, consultazione, concertazione, contrattazione, commisione paritetica"*
Programmazione misure Reclutamento personale

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|------------------------------|--|--|---|
| Reclutamento del personale e Incarichi e nomine | Reclutamento del personale Incarichi e nomine | Direttore U.O.C. GRU | In Attuazione ad ogni evento concorsuale incarico e/o nomina | In essere-completare entro dicembre 2022 la verifica a campione delle autocertificazioni dei Commissari di Concorso in particolare art. 3 D.lgs. 39/13 | 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, b rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " <i>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</i> " (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018) Criteri di scelta. di commissioni di concorso neutrali e competenti. |

Altre Aree di Rischio Specifiche

- A. Attività libero professionale e liste di attesa;
- B. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- C. Attività di vigilanza, controlli, ispezioni
- D. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- E. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Attività ALPI

Si citano a titolo di esempio, due dei casi trattati dal PNA-Sezione Sanità: **l'alterazione delle liste di attesa** vista come un differimento "volontario" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità con gli effetti che ne possono derivare sulla salute per condizioni patologiche e/o di sospetto diagnostico per i quali il fattore tempo è una variabile determinante e il danno per la salute dovuto a **contraffazione di farmaci** o a somministrazione di farmaci scaduti o anche, più spesso, per farmaci inappropriati.

La determina ANAC del 12.10.2015 sottolinea che " *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*". ed ancora " *Per queste ragioni è opportuno che i PTPC considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.*

Poiché, inoltre, quest'ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo, quindi, ricomprese nell'ambito degli obiettivi strategici dei direttori generali, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della performance individuale e dell'organizzazione."

Possibili rischi relativi all'ALPI e al rispetto delle liste di attesa.

- False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione
- Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di *intramoenia allargata*.
- l'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,
- Squilibri tra numero di prestazioni erogate in regime ordinario e numero di prestazioni erogate in ALPI
- il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

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.**

Nell'ASL Caserta sono attive e saranno potenziate le seguenti misure:

- **Totale informatizzazione delle liste di attesa;**
- **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;**
- **Nell'adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione;**

Per quanto concerne l'Alpi espletata presso "studi professionali in rete", al fine di evitare la violazione degli obblighi di fatturazione e la mancata prenotazione tramite il servizio aziendale, 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.

Indicatori previsti nel PTPC dell'ASL Caserta

- 1- numero di prestazioni erogate in intra moenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)
- 2- numero di prestazioni erogate in extra moenia rendicontate / rispetto ad una valutazione della

Programmazione misure ALPI

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--------|--------|------------------------------|---------------------------------|--|--|
| ALPI | ALPI | Struttura di supporto ALPI | In Attuazione | In essere-completare Entro dicembre 2022 | 1- numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe) 2- numero di prestazioni erogate in extra moenia rendicontate / rispetto ad una valutazione della particolare competenza e specializzazione del medico (valutazione soggettiva) |

Liste di attesa

Le lunghe liste di attesa (fenomeno presente anche nella nostra ASL) trova la sua spiegazione anche per altre problematiche:

- carenza di specialisti ambulatoriali (Gli obiettivi di cui ai Decreti del Commissario ad acta per il piano di rientro in Sanità) impone obiettivi di riduzione della spesa e quindi delle ore. Nel 2014 era prevista una riduzione del 2 % e nel 2015 del 5 %. Ciò significa che ogni pensionamento non può essere sostituito con nuovi incarichi.
- carenze di adeguata tecnologia strumentale (sempre per la carenza di fondi e per gli obiettivi di riduzione della spesa);
- minore offerta di prestazioni da parte delle strutture ospedaliere per la drammatica 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 con concentrazione in alcuni distretti
- non rispetto da parte dei medici di medicina generale dei criteri di priorità da apporre sulla ricetta del SSR (ciò comporta lo spostamento di tutte le prenotazioni nel regime ordinario)
- non corretta registrazione sul sistema informativo aziendale del grado di priorità con il rischio di imputare le prenotazioni programmate in quelle ordinarie.

Le misure previste sono:

- 1- Pulizia delle Liste di Attesa (già effettuata negli anni passati con un lieve risultato) in quanto non è facile ricontattare gli utenti e spesso non sono precisi i numeri telefonici. In ogni caso verrà

ripresa.

- 2- Imporre ai medici di Medicina generale l'apposizione del criterio di priorità sulla ricetta in modo da non intasare le liste per prestazioni programmate e non urgenti come da DCA 87 del 24.7.2013 e circolari regionali prot. 0625551 del 21.9.2015, 2014 0206828 del 24.3.2014 e 2014 0305335 del 5.5.2014
- 3- Registrare come programmate le prestazioni richieste dall'utente per un determinato specialista e non per lo specialista con tempi più brevi
- 4- Verificare i carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali in conformità agli standard (4 visite ad ora etc.)
- 5- Imporre a tutti gli specialisti ospedalieri di garantire un offerta prestazionale adeguata in rapporto all'intra moenia
- 6- Potenziare gli organici dei PPOO per garantire un adeguata apertura ambulatoriale

Per la riduzione delle Liste di Attesa e la prevenzione di rischi corruttivi è stato questa ASLCE ha predisposto il "Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa" adottato dall'Azienda in attuazione del Decreto 34/2017. Infine con Delibera N. 1039 del 24/06/2021 il D.G. della Asl di Caserta ha recepito il "Piano Operativo Regionale per il recupero delle Liste di attesa (...)"

Programmazione misure per le Liste di Attesa

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-----------------|--------|--|---------------------------------|--|--|
| Liste di Attesa | ALPI | Direttori U.O.C. AA.GG. Dirigenti ALPI | In Attuazione | In essere-completare Entro dicembre 2022 | carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali garantire un adeguata apertura ambulatoriale nei PP. OO. Applicazione del <u>Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa.</u> |

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 settoplastica 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: (nota ASLCE Prot.N. 245565/C:PRES:ACC. Del 09/10/2020)

per N.1 Centro : l'attività di verifica e controllo ha evidenziato che :

- 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 di cui si sta trattando, persistendo il suo comportamento anomalo, è stato revocato l'Accreditamento a far data dal 28/04/2021.

Inoltre con Delibera N. 1155 del 15/07/2021 il D.G. della Asl di Caserta ha provveduto ad approvare i nuovi " Indirizzi Operativi. Controllo delle attività sanitarie delle Strutture private in regime di accreditamento istituzionale"

L'attività di monitoraggio dei Tetti di spesa

Nella nostra ASL questo fenomeno è stato evidenziato e denunciato all'Autorità Giudiziaria.

Per gli altri due Centri (definiti A e B): l'attività di verifica e controllo ha evidenziato che:

Centro A

- Incompleta compilazione della cartella clinica informatizzata
- Mancata presenza (rispetto a dati file C) nell'elenco accettazione della prima giornata 2020 di n. 13 pazienti per i quali è stato richiesto il rimborso
- Mancata refertazione per un paziente della refertazione del "test cardiovascolare" e valutazione di neuropatia autonoma
- Incongruenze date di refertazione e date di erogazione in file C

Centro B

- ✓ Incongruenza tra nr. pazienti contenuti nel file C e quello contenuto nell'elenco di accettazione del 2/1/2020, data presa in esame durante il sopralluogo, per i quali è stato richiesto il rimborso.
- ✓ Mancata refertazione negli esami rendicontati nel file C, del "test cardiovascolare" e valutazione di neuropatia autonoma nonché per alcuni pazienti del test di sensibilità vibratoria.

Infine nei Verbali della Commissione di verifica:

- viene evidenziato altresì che **per tutti e tre i Centri Antidiabetici accreditati**, "(...) nel periodo Gennaio-Settembre 2020, l'esame del file C mostra l'esecuzione di una quantità statisticamente eccessiva di alcune specifiche prestazioni da considerare ad alto rischio di inappropriata, di cui la maggior parte, inoltre, non esplicitamente previste dalla normativa che regolamenta l'attività dei centri diabetologici. (DGRC 1168/05 e 642/09)." Inoltre **per tutti i centri esaminati**, "gli esami strumentali previsti per la prevenzione delle complicanze nella maggior parte delle volte non sono preceduti dalla necessaria valutazione clinica."

Per i Centri definiti A e B, l'attività di verifica ha portato all'emissione:

- Note di credito relative alle prestazioni rendicontate impropriamente
- Ad accantonare gli importi corrispondenti alle prestazioni rese oltre la COM riconosciuta ai Centri per un importo complessivo di oltre 1.395.000 €

Da ciò è facile evincere che possono quindi verificarsi,

- Prestazioni **"inutili"** che provocano un danno biologico al paziente e un danno economico allo Stato;
- Prestazioni **"improprie"** che provocano un danno al paziente poiché non svelano la patologia

Pertanto per quanto sopra, si sottolinea la necessità di

1. Intensificare ed istituire controlli periodici con sopralluoghi in situ da parte di commissioni all'uopo costituite con personale qualificato.

2. Far ruotare/sostituire con cadenza annuale i componenti delle suddette commissioni di controllo e verifica.

La non osservanza della prescritta procedura, oltre a **creare ad esempio presso i Centri che erogano Radiazioni Ionizzanti di fatto un potenziale incremento di neoplasie radio-indotte** (ulteriore spesa sanitaria futura), genera l'incremento del numero di prestazioni (e della spesa sanitaria) con conseguente **"intasamento" delle liste d'attesa che "legittima" la necessità del ricorso a prestazioni effettuate in regime privato convenzionato/non convenzionato".**

Contesto esterno dell'ASL di Caserta

L'assistenza specialistica è assicurata da numerose strutture accreditate sotto-elencate

| | |
|--|-----------|
| Strutture specialistiche per Branca | |
| N° laboratori Patologia Clinica | 65 |
| N° strutture di radiologia | 28 |
| N. radioterapia | 2 |
| N° strutture di cardiologia | 12 |
| N° strutture Dialisi | 20 |
| N° strutture di FKT | 28 |
| N° strutture diabetologia | 3 |
| N° strutture Medicina nucleare | 5 |
| N° strutture Branche a visita | 13 |

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 tre strutture accreditate:

| | |
|-------------------------------------|-----------------|
| Hospice Casa di Cura Villa Giovanna | Tora e Piccilli |
| Hospice Villa Fiorita | Capua |
| Hospice Nicola Falde | S Maria CV |

L'assistenza Territoriale Riabilitativa viene altresì assicurata da :

| | |
|--------------------------|-------|
| Centri di Riabilitazione | N .18 |
| Centri di FKT | N. 22 |
| RSA per disabili | N. 2 |
| RSA per Anziani | N. 5 |

| | | |
|--------|-------------------------|-------|
| Branca | RESIDENZE ASSISTENZIALI | Città |
|--------|-------------------------|-------|

| | | |
|---------------------------|-----------------|------------------|
| RSA Anziani | BAIA DUEMILA | BAIA e LATINA |
| RSA Anziani | VILLA ANNA | SESSA AURUNCA |
| RSA Anziani | GEROVIT | AVERSA |
| RSA Anziani | LA PINETINA | CASTELVOLTURNO |
| RSA Anziani /RSA disabili | OASI | CASTELCAMPAGNANO |
| RSA DISABILI | VILLA dei CEDRI | LUSCIANO |
| RSA DISABILI | COTTOLENGO | TRENTOLA |

Le attività di controllo vengono assicurate da 3 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.

Per le attività di ricovero il servizio provvede al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni nelle Case di Cura con un specifico 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.

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:

- 1. Intensificare ed istituire controlli periodici con sopralluoghi in situ da parte di commissioni all'uopo costituite con personale qualificato.**
- 2. Far ruotare/sostituire con cadenza annuale i componenti delle suddette commissioni di controllo e verifica.**

"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"

La normativa regionale Campana prevede;

- 1- autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio;
- 2- accreditamento istituzionale;
- 3- accordi contrattuale/ tetti di spesa.

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

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--------------------------------|---|
| Controlli nelle strutture accreditate | Controlli nelle strutture accreditate | Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate | Attuata parzialmente (vedi Nota N.1220981) In Attuazione | In essere- Entro dicembre 2022 | 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. |

Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

"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".

I criteri della rotazione, in sede di attuazione e/o di conferma (come nel caso della veterinaria ,prevenzione collettiva e medicina del lavoro) devono essere notificati alle OOSS per specifiche aree e non possono essere pianificati in modo generico nel documento programmatico.

Sui criteri di rotazione declinati nel PTPC la Delibera ANAC n831 del 3 agosto 2016 recita *"le amministrazioni devono dare preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, ciò al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte. Ciò non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia."*

In questa area le misure previste già sono esplicitate nella sezione "rotazione del personale " di cui al presente Piano.

Servizi Distrettuali e Ospedalieri

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Sanitaria di Base sono previste le seguenti procedure:

Gestione CUP, accettazione prenotazione e pagamento ticket

Autorizzazione rimborsi assistiti

- a) Rimborsi viaggi dialisi
- b) Viaggi in Italia e all'estero per ricoveri e trapianti\
- c) Rimborso microcitemici e malattie rare
- d) Acquisto microinfusori e altro materiale

Gestione anagrafe assistiti con scelta e revoca del medico di fiducia e PLS

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda e" in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabile delle UUOO di:

- 1- Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione delle liste di attesa e sulle prenotazioni
- 2- Far ruotare il personale deputato alle autorizzazione dei rimborsi assistiti
- 3- Rendere il più possibile trasparenti le procedure
- 4- Particolare attenzione alla documentazione dei rimborsi agli assistiti per viaggi all'estero

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Riabilitativa le seguenti procedure:

Autorizzazione presidi sanitari

- a) Per incontinenza a raccolta
- b) Per incontinenza ad assorbenza
- c) Ventilatori polmonari
- d) Protesica di cui agli elenchi 1,2 e 3
- e) 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 responsabile delle UUOO di :

- a Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione di tali procedure
- b Far ruotare il personale deputato alle autorizzazione
- c Rendere il più possibile trasparenti le procedure

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Medicina Legale - le seguenti procedure:

Commissioni

A Collegio Medico

B Commissione patenti speciali

C Visite fiscali

D Visite per concessioni patenti e posti invalidi ed altre esenzioni

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda e" in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabile delle UUOO di :

- a) Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione di tali procedure
- b) Far ruotare il personale deputato delle commissioni ogni due anni
- c) Rendere il più possibile trasparenti le procedure

Certificazioni Medico Legali Ospedaliere- i Referti dei PS dei Presidi Ospedalieri della ASL di Caserta.

Sono pervenute in questi ultimi due anni, numerose richieste da parte di Agenzie Investigative su incarico di Compagnie di Assicurazione, di verifica della attendibilità e veridicità della documentazione sanitaria rilasciata dai P.S dei Nosocomi Aziendali al fine di definire sinistri infortunistici derivanti da incidenti automobilistici.

Orbene in moltissimi casi la verifica disposta dai D.S. dei rispettivi P.O. ha messo in luce diverse "anomalie" dei referti di P.S. imputabili principalmente a:

- a) Molti referti trasmessi dalle agenzie risultavano redatti su registro cartaceo e non sull'applicativo di P.S. come da prassi.
- b) Registrazione non in sequenza dei referti in questione
- c) Riscontro di referti cartacei su fogli "sparsi" con numerazione non riconducibili ad alcuna sequenza.
- d) Alla data e ora del referto cartaceo di PS era regolarmente in funzione l'applicativo informatico di accettazione degli accessi.
- e) La firma apposta in calce alla voce Medico di molte Schede-referti di PS non è attribuibile con certezza ad operatori del presidio dato che risulta illeggibile

Di quanto sopra è stata data comunicazione all'Autorità Giudiziaria
 Inoltre le verifiche effettuate da parte dei D.S. dei P.O. ha 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 già attuate per prevenire fenomeni corruttivi

Il presente piano prevede l'obbligo da parte del D.S. del P.O. di attuare:

- a) Rotazione del personale del P.S. con cadenza periodica.
- b) 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
- c) 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 nonchè 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).
- d) Ogni referto cartaceo viene debitamente firmato e timbrato dal medico che ha seguito il paziente..
- e) Obbligo per ogni Dirigente Medico di P.S. di munirsi di firma digitale per i referti informatizzati di P.S..
- f) Verifiche Periodiche a campione da parte del D.S. del presidio nosocomiale

Programmazione misure Servizi Distrettuali ed Ospedalieri

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| Servizi Distrettuali ed Ospedalieri | Servizi Distrettuali ed Ospedalieri | Direttori U.O.C. Distretti e PP.OO | In Attuazione | In essere- Entro dicembre 2022 | Numero controlli inerenti l'assistenza riabilitativa e protesica Nr Concessione benefici ai dipendenti confronto triennale Adozione di procedure interne su decessi intraospedalieri, informazione del farmaco sperimentazioni farmacologiche Verifica andamento Liste di attesa ed ALPI |

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 gestione 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 imprenditiva, le Linee Guida della Regione Campania indicano anche le figure professionali da prevedere nella compagine sociale del cogestore quale requisito minimo per l'accesso all'albo dei cogestori per l'attuazione dei PTRI secondo la metodologia del budget di salute

- a) 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
- b) Animatore/Educatore
- c) Operatore OSA
- d) 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:

- 1) 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
- 2) 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
- 3) persone internate negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) di pertinenza territoriale a carico del sistema sanitario
- 4) 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,
- 5) i minori di pertinenza territoriali, internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- 6) i minori con disturbi psichiatrici di pertinenza territoriali, internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- 7) 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 socio sanitarie integrate avviene 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 socio-sanitario 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:

- 1) Il MMG invia al DSM o all'U.O. distrettuale competente per il caso la proposta di accesso al servizio sociosanitario e,
- 2) di concerto con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano, si procede alla convocazione dell'UVI.
- 3) Per ogni utente valutato in UVI, è compilata ed adottata la modulistica S.V.A.M.Di. di cui alla DGRC n.1811/07.
- 4) Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema "D" allegato alla suddetta DGRC.
- 5) 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".
- 6) 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:

1. del Regolamento normativo contrattuale per il rapporto tra l'ASL di Caserta/ Ambiti Territoriali ed i cogestori approvato con deliberazione n. 1684/13 (...)"
2. della Procedura per l'attivazione dei bandi di affidamento a cogestori PTRI/BdS (allegato 2) (...)"

3. che i tetti di spesa per ciascun cogestore sono rappresentati da quanto definito con la delibera 1684/13 ovverosia € 200000(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:

1. Unificare in un unico elenco aziendale i 10 elenchi suddivisi per Ambito Territoriale (allegato4)
2. Considerare l'elenco dei cogestori di PTRI/BdS approvato (...) senza limiti temporali
3. Stabilire che ogni sei mesi si procede alla revisione dell'elenco dei cogestori di PTRI/BdS
4. 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.
5. 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.Legs. n. 50/2016. Revisione ed integrazione elenco aziendale dei cogestori di PTRI/BdS. Anno 2018" viene tra l'altro:

1. Aggiornato l'elenco unico aziendale con l'inserimento nell'elenco unico Aziendale delle cooperative risultate idonee (allegato1 della del.587/18)
2. Che in applicazione del nuovo codice degli appalti D.Legs. 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

3. 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)
4. 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:

1. 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.
2. Venga acquisita da parte dei direttori di distretto, le relazioni redatte con cadenza semestrale dalla UVI di competenza inerente la verifica e valutazione del livello assistenziale per ogni utente affidato ai cogestori.
3. 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.
4. Pubblicazione periodica con cadenza semestrale sul sito web aziendale dell'elenco dei cogestori opportunamente aggiornato.
5. Stabilire periodica rotazione del personale ASL facente parte della/e Commissioni UVI.
6. Rotazione almeno biennale dei componenti della/e Commissioni UVI.
7. 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.

Programmazione misure PTRI- Cogestori

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|--|
| I PTRI le UVI ed i Cogestori | I PTRI le UVI ed i Cogestori | Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario | In Attuazione | In essere- Entro dicembre 2022 | Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori Nr di pazienti/utenti assegnati ai cogestori per anno nell'ultimo triennio Verifica dei report distrettuali al Coordinamento Socio sanitario |

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 defustellati.

"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 qualitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.

Nel primo caso 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 basso in Campania. La spesa farmaceutica 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 tale 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

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|--|---------------------------------|--------------------------------|---|
| Spesa farmaceutica convenzionata ed interna | Spesa farmaceutica convenzionata ed interna | Direttori U.O.C. Dipartimento Farmaceutico | In Attuazione | In essere- Entro dicembre 2022 | Nr. delle autocertificazioni dei professionisti esterni rispetto al Totale dei professionisti Trasparenza e pubblicazione delle dichiarazioni sul sito web aziendale Nr. dei report notificati ai singoli MMg e PLS |

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 data warehouse ed analizzato per ogni assistito (sulla base della chiave Codice Fiscale). Gli indicatori sono i seguenti:

1- 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 tale indicatori saranno esclusi i pazienti con diagnosi 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)

2- 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.

3-Potenziamento delle strutture pubbliche di radiologia. Saranno individuati indicatori specifici per le prestazioni "R" e sugli esami ripetuti

4- Per la diagnostica di laboratorio verifica della ripetitività delle indagini simili nello stesso paziente.

5- 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.

6- 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.

7- 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.

8- Pulizia delle liste di attesa con telefonate a 10 e 5 giorni prima di conferma

Reclutamento del Personale ed Appalti nell'Emergenza Coronavirus in Italia

Il 2020 è stato caratterizzato dalla più grave emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale dichiarata dalla OMS per l'epidemia da Coronavirus (in seguito Covid-19); l'insorgenza in Italia della suddetta epidemia ha indotto il Consiglio dei Ministri, a dichiarare con deliberazione del 31/01/2020 lo stato di emergenza sul territorio nazionale, per sei mesi, al fine di contrastare il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie da agenti virali trasmissibili. [Emergenza che poi si è protratta senza soluzione di continuità fino al 30/04/2021)

Nonostante l'adozione di misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, contenute nel successivo D.L. n.6 del 23/02/2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 13 del 05/03/2020 nonché nel D.L. n.9 del 02/03/2020 e nelle successive disposizioni attuative, vi è stata comunque in tutto il Paese una evoluzione della epidemia per far fronte alla quale il Governo ha ritenuto necessario approvare ulteriori disposizioni dirette, tra le altre cose,

- a potenziare la rete di assistenza del S.S.N.
- ad accelerare e semplificare lo svolgimento delle procedura di gara così da fronteggiare al meglio l'emergenza in atto.

In particolare, per le finalità sopra esposte, è stato emanato il **D.L. n. 14 del 09/03/2020 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19"** il quale, tra le azioni finalizzate a fronteggiare le esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 ed a garantire i livelli essenziali di assistenza, all'art. 1 ha dettato misure straordinarie per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo nell'ambito del S.S.N.

Il provvedimento di cui sopra, ha infatti previsto norme in materia di potenziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) con l'obiettivo di rafforzare la rete di assistenza territoriale e le funzioni del Ministero della salute, attraverso l'incremento delle risorse umane e strumentali. Sono state previste l'assunzione di medici specializzandi, da destinare allo svolgimento di specifiche funzioni; il conferimento straordinario di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario in quiescenza; la rideterminazione dei piani di fabbisogno del personale delle aziende e degli enti dell'SSN; l'incremento delle ore della specialistica ambulatoriale. Inoltre, si interviene altresì in materia di:

- potenziamento delle reti di assistenza territoriale;
- istituzione di aree sanitarie temporanee;
- disposizioni per garantire l'utilizzo di dispositivi medici per ossigenoterapia;
- misure di semplificazione per l'acquisto di dispositivi medici.

Infatti l'art.1 al comma1 lett. a) del citato Decreto Legge. N. 14/2020, ed al comma 6) ha previsto che le Aziende del S.S.N., fino al perdurare dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020, avrebbero potuto:

a) *procedere al reclutamento delle professioni sanitarie, come individuate dall'articolo 1 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni e dalla legge 18 febbraio 1989, n. 56 e successive modificazioni, nonché di medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, anche ove non collocati nelle graduatorie di cui all'articolo 1, comma 547, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conferendo incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza, sino al 2020, in deroga all'articolo 7 del*

decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e all'articolo 6 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

comma 6)

6) Fino al 31 luglio 2020, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie e urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in deroga all'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, verificata l'impossibilità di assumere personale, anche facendo ricorso agli idonei in graduatorie in vigore, possono conferire incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore ai sei mesi, e comunque entro il termine dello stato di emergenza a personale medico e a personale infermieristico, collocato in quiescenza, anche ove non iscritto al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo. I predetti incarichi, qualora necessario, possono essere conferiti anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione con il decreto di cui all'articolo 17. Agli incarichi di cui al presente comma non si applica l'incumulabilità tra redditi da lavoro autonomo e trattamento pensionistico di cui all'articolo 14, comma 3, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26.

[Il presente provvedimento è stato abrogato dall'art. 1, comma 2, LEGGE 24 aprile 2020, n. 27., a decorrere dal 30.04.2020, anche se a norma dello stesso art. 1, comma 2, L. n. 27 del 24/04/2020 restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi. Va ricordato inoltre che, in particolare le disposizioni contenute nel suddetto D.L. N.14 del 9 marzo 2020 sopra riportate, sono state di fatto, riprodotte dall'art. 2 bis e segg. della precitata legge di conversione del Decreto Cura Italia (D.L. n.18 del 17.03.2020)]

Sulla base di quanto testè riportato, la Asl di Caserta con Delibera del D.G. n. 1243 del 09/10/2020 ad oggetto "Misure straordinarie adottate nell'ambito del potenziamento del SSR per il reclutamento di risorse umane in relazione all'emergenza covid19. Provvedimenti" ha provveduto a disporre la proroga al 31/01/2021 degli incarichi libero professionali (lavoro autonomo e/o di collaborazione coordinata e continuativa) in precedenza conferiti per fronteggiare la situazione emergenziale.

Dall'inizio dell'epidemia di Covid-19, si è subito avvertito l'esigenza di potenziare l'organico del S.S.N ed utilizzare l'assistenza sanitaria territoriale quale elemento fondamentale per combattere il Coronavirus in quanto è apparso subito evidente la necessità di dover assistere i pazienti anche all'interno delle loro abitazioni, evitando così un sovraffollamento nei reparti ospedalieri dedicati..

Proprio per questo motivo il Decreto n. 14 del 9 marzo 2020 all'art.8 Capo II ha previsto il "Potenziamento delle reti assistenziali" istituendo le "**Unità speciali di continuità assistenziale**" (in seguito **USCA**)

"1. Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, presso una sede di continuità assistenziale già esistente una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, e ai medici per le attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro ad ora.

2. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale di cui al comma 1, a seguito del triage telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti di cui al comma 1. I medici dell'unità speciale per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale, di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte...[...]" [art. 8 c.1,2 del decreto legge n. 14 del 9 marzo 2020]

Quindi **le Usca si devono occupare della gestione domiciliare dei pazienti** attraverso il consulto telefonico, il consulto video, e attraverso le visite domiciliari di chi non necessita il ricovero ospedaliero. Le unità speciali si occupano anche dei pazienti che sono stati ricoverati e che ora, dopo le dimissioni dall'ospedale, stanno meglio.

Le Usca dovrebbero essere costituite da un numero di medici pari a quelli presenti nelle sedi di continuità assistenziale. Ogni unità può essere composta da medici titolari o supplenti di continuità assistenziali, medici che frequentano un corso di formazione specifico in medicina generale, e in alcuni casi anche da laureati in medicina abilitati e iscritti all'ordine. A loro si aggiungono anche gli infermieri. Le Usca devono essere attive sette giorni su sette, dalle 8 alle 20. Il compenso dei medici che lavorano per queste unità deve essere di 40 euro lordi l'ora.

Ad attivare le unità devono essere i medici di base, quando ritengono che i loro pazienti debbano essere seguiti nelle loro abitazioni con maggiore attenzione.

[N.B. anche in questo caso si ricorda che le disposizioni contenute nell'art. 8 del D.L. N.14 del 9 marzo 2020, abrogato con la Legge 24 aprile 2020, n. 27 , sono state integralmente, riprodotte dall'art. 4 bis della stessa Legge 24 aprile 2020, n. 27.]

Si ricorda inoltre che l'art.1 comma 6 del D.L. N.34 del **19/05/2020 prevede tra l'altro che :**
"(...) In considerazione del ruolo attribuito alle predette Unità speciali di continuità assistenziali, ogni Unità è tenuta a redigere apposita rendicontazione trimestrale dell'attività all'ente sanitario di competenza che la trasmette alla regione di appartenenza.(...)"

Il comma 425 della Legge del 30/12/2020 n. 178 infine, proroga al 31 dicembre 2021 le seguenti disposizioni:

a) articolo 4-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e articolo 1, comma 6, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, nei limiti di spesa per singola regione e provincia autonoma indicati nella tabella 2 allegata alla presente legge;

b) articolo 12, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Nel merito dell'argomento di cui si tratta, ovverosia l'esigenza di potenziare l'organico della ASL ed utilizzare l'assistenza sanitaria territoriale quale elemento fondamentale per combattere il Coronavirus, l'ASL Caserta, avvertendo da subito l'esigenza di gestire non solo i pazienti più critici nella rete Regionale Covid-Hospital istituita (P.O. di Maddaloni e P.O. di S. Maria Capua Vetere) ma anche di porre una particolare attenzione a quelli domiciliari e ai nuovi casi sospetti sintomatici,. ha posto in essere una organizzazione ad alta intensità di cure che operasse sul territorio attraverso la gestione condivisa tra un Team multidisciplinare di specialisti e i MMG.

Per realizzare ciò, l'Asl di Caserta, che insiste su un territorio di 104 comuni, seguiti da una organizzazione in N.12 Distretti e N. 6 Presidi Ospedalieri, con una popolazione di circa 923.000 abitanti ha provveduto ad attivare N. 12 Team Spoke integrati e supportati dalle USCA, una per ogni Distretto Sanitario Territoriale,. con il compito di gestire il decorso clinico a domicilio dei pazienti che non presentano particolari complessità.

Sono stati poi attivati altri 3 Team Hub, sempre integrati e supportati dalle USCA, quindi Team multidisciplinare sovra distrettuali che raggruppano più distretti contigui, caratterizzati da omogeneità orografica, costituiti tra l'altro da specialisti ambulatoriali delle diverse branche, con il compito di monitorare e gestire nel tempo ogni paziente al proprio domicilio, di individuare precocemente eventuali criticità che necessitino di ricovero e di impostare una terapia adeguata al caso specifico specialmente per pazienti che presentano un quadro clinico complesso.

In totale quindi sono state attivate complessivamente N. 15 USCA a fronte delle 18 previste dalla normativa (923000/50000 abitanti) Inoltre sono stati arruolati ad oggi (Avviso N 322800/DIR.GEN del 07/12/2020) N.143 unità mediche USCA a fronte di N. 204 unità mediche di Continuità Assistenziale previste per il territorio della ASL di Caserta.

Nel 2021 ed in particolare alla ricognizione del 13/01/2022 risultano complessivamente arruolate con Avviso Pubblico (Avviso N. 1256192/A.PRIM del 28/10/2021) ulteriori N.68 medici USCA per cui il personale sanitario medico in servizio per l'emergenza COVID19 risulta essere in totale costituito da:

Nr. 170 Medici USCA arruolati con Avviso Pubblico.

Nr. 11 Specialisti Ambulatoriali già contrattualizzati utilizzati in base alla loro specializzazione per l'emergenza COVID19

N. 29 medici di Continuità Assistenziale già titolari di convenzione a completamento orario.

Nr. 1 Biologo utilizzato presso il P.O. di Marcianise.

Per un Totale di Nr. 211 Unità.

Il reclutamento del personale che in sanità avviene attraverso concorsi e prove selettive è uno dei processi ad elevato rischio corruttivo pertanto nel caso specifico, particolare attenzione va posta in primis

a) coerenza tra la richiesta di avvio della procedura di arruolamento e le previsioni normative e regolamentari del settore,

b) rispetto delle norme vigenti in materia

c) una attenta e puntuale **definizione dei requisiti di ammissione**

d) osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione [pubblicazione del Bando e/o Avviso; pubblicazione graduatoria e/o elenco degli idonei pubblicazione graduatoria e/o elenco dei non -idonei con motivazione/elenco del personale arruolato con aggiornamento periodico)

e) Rendicontazione trimestrale dell'attività delle USCA di cui al D.L. n. 34 del 19/05/2020

I punti elenco a)-e) sopra riportati, rappresentano gli Indicatori adottati dall'ASL Caserta, previsti quale monitoraggio in questo PTPC per l'arruolamento del personale per fronteggiare l'emergenza Covid19.

Come era prevedibile l'emergenza sanitaria generata dalla pandemia da Covid-19 ha avuto impatto anche sugli appalti pubblici.

Ad inizio Aprile la Commissione Europea ha pubblicato una comunicazione [2020/C 108 I/01 del 1.4.2020] in cui evidenzia quali sono le opzioni ed i margini di manovra consentiti dal quadro normativo europeo in materia di appalti pubblici per l'acquisto di forniture, servizi e lavori necessari per far fronte alla crisi. Nella succitata comunicazione la commissione Europea ha disposto che "(...) *gli acquirenti pubblici possono prendere in considerazione varie opzioni*

- *in primo luogo, in caso di urgenza possono avvalersi della possibilità di ridurre considerevolmente i termini per accelerare le procedure aperte o ristrette. Se tali margini di manovra non fossero sufficienti, possono ricorrere ad una procedura negoziata senza previa pubblicazione. Infine potrebbe anche essere consentita l'aggiudicazione diretta a un operatore economico preselezionato purché quest'ultimo sia l'unico in grado di consegnare le forniture necessarie nel rispetto dei vincoli tecnici e temporali imposti dall'estrema urgenza*

Successivamente a seguito di tali indicazioni, l'ANAC ha fornito a sua volta indicazioni sugli spazi di flessibilità in base al Codice dei contratti pubblici. Invero con la **Proposta di intervento normativo al fine di consentire il ricorso alle procedure previste nell'art. 163 e nell'art. 63 del codice dei contratti pubblici fino al 31 dicembre 2020, l'ANAC evidenzia** come siano ordinariamente a disposizione delle stazioni appaltanti - in quanto contenute nel Codice dei Contratti - disposizioni che consentono l'accelerazione e la semplificazione nello svolgimento delle procedure di gara. Ciò in relazione alle disposizioni temporanee indicate dalla normativa nazionale per l'aggiudicazione e l'esecuzione dei contratti pubblici nel contesto dell'emergenza Covid-19 ossia il cosiddetto Decreto Cura Italia (D.L. n.18 del 17 marzo 2020, convertito con modificazioni dalla Legge N. 27 del 24 aprile 2020 e dal cosiddetto Decreto Rilancio (D.L. N.34 del 19 maggio 2020). In particolare l'ANAC si sofferma sulle disposizioni di semplificazione che fanno riferimento a situazioni di urgenza (art. 63, comma 2, lettera c) d.lgs. 50/2016) e a provvedimenti emergenziali (art. 163 d.lgs. 50/2016) in **cui è possibile ricorrere alla procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando** - se non addirittura ad affidamento diretto (dove la sostanziale differenza rispetto alla procedura negoziata senza bando risiede nella possibilità di procedere ad affidamento evitando anche un minimo confronto tra operatori del mercato) - anche al di fuori dei limiti d'importo ordinariamente previsti, dunque sostanzialmente anche per appalti di lavori di importo superiore ad un milione di euro, purché sottolinei l'Autorità, **in presenza di adeguata motivazione in ordine al ricorrere dei presupposti dell'urgenza o**

dell'emergenza. Pertanto nell'attuale contesto (Emergenza pandemia nda) l'Autorità ritiene che possa essere di ausilio per le stazioni appaltanti, anche in un'ottica di impulso ed accelerazione agli approvvigionamenti pubblici come volano per superare lo stato di grave crisi economica e sociale conseguente all'emergenza sanitaria in atto, fornire supporto per l'adeguato ricorso agli strumenti emergenziali sopra richiamati. Infatti, sempre secondo l'Autorità, appare compatibile con il sistema il ricorso a procedure d'urgenza (e quindi all'accelerazione delle procedure di affidamento sia ai sensi dell'art. 63, anche per affidamenti di importi superiori alle soglie comunitarie, sia ai sensi dell'art. 163 d.lgs. 50/2016), laddove la motivazione da parte delle stazioni appaltanti possa poggiare su due elementi: uno temporale ed uno sostanziale afferente all'oggetto dell'affidamento

1) **Con riferimento al profilo temporale**, la possibilità di motivare il ricorso alle procedure di urgenza deve trovare legittimazione nella transitorietà necessaria al superamento dell'emergenza, da intendersi in un senso più ampio rispetto alla stretta nozione adottata dalla normativa sulla protezione civile, considerando quindi anche il profilo della ripresa economica e produttiva, come sopra chiarito, e nelle more del potenziamento (digitalizzazione e personale tecnico) delle Stazioni appaltanti qualificate. Il periodo entro il quale consentire tale ricorso non dovrebbe superare, quindi, la data del **31 dicembre 2020**.

2) **Sotto un profilo sostanziale** si ritiene necessario che l'oggetto dell'affidamento sia riconducibile ad ambiti individuati a monte. A tal proposito occorre chiarire che tali ambiti non devono necessariamente ritenersi limitati a quelli individuati dalla Comunicazione della Commissione Europea 2020/C 108 I/01 del 1.4.2020 (acquisizione di beni e servizi in ambito sanitario destinati a fronteggiare l'emergenza COVID-19). Ed infatti, poiché, alla luce di tutto quanto sopra rappresentato, le azioni da intraprendere nell'attuale fase sono da intendersi emergenziali in quanto finalizzate a fronteggiare, in prima battuta, i danni subiti dalle attività economiche e produttive, sarà cura del legislatore individuare degli ambiti/settori merceologici nel contesto dei quali gli affidamenti pubblici potranno essere esperiti in urgenza in un'ottica di promozione e sostegno alla ripresa del mercato. Si segnala, sulla base dei dati quantitativi ed economici desumibili dalla BDNCP, i settori che si prestano maggiormente a tale funzione, per dimensione economica e/o per connessione diretta con attività destinate al superamento dell'emergenza propriamente sanitaria:

- Manutenzioni (eventualmente valutando forme semplificate di progettazione in analogia a quanto previsto art. 1 co.6 legge 55/2019)
- Lavori di ristrutturazione/costruzione di ospedali e scuole
- Interventi sulla rete viaria
- Approvvigionamenti relativi al sistema dei trasporti
- Approvvigionamenti nel settore informatico
- Approvvigionamenti nel settore sanitario

3) Con riferimento all'importo si osserva che in ragione delle esigenze emergenziali appare possibile il superamento – tramite apposito provvedimento centralizzato – del limite di 200.000 euro per i lavori indicato al comma 1 dell'art. 163 d.lgs. 50/2016, eventualmente mediante adeguata modifica del primo periodo del comma 8 volto a superare il limite temporale per l'eccezione già prevista. Per quanto sopra, stabilito che vi sono i presupposti per una applicazione delle procedure di urgenza l'Autorità conclude auspicando l'adozione di una specifica norma di legge, che espressamente autorizzi le stazioni appaltanti a motivare il ricorso alle procedure di urgenza e emergenza previste dal codice dei contratti per il protrarsi di una situazione emergenziale che pregiudica la ripresa economica e sociale del Paese, fermo restando che il ricorso alle procedure di emergenza, non può comunque comportare l'inosservanza delle seguenti condizioni:

- la necessaria verifica del possesso dei requisiti da parte dell'operatore economico affidatario del contratto (già prevista);
- la verifica antimafia;
- la tracciabilità degli atti compiuti (a fini di controlli successivi, a campione);
- la tracciabilità dei flussi finanziari;
- la necessaria autorizzazione per l'utilizzazione di imprese subappaltatrici;
- la possibilità di controlli successivi, a campione, sui prezzi praticati;

- la piena trasparenza, attraverso la pubblicazione sul sito dell'amministrazione, di tutti gli atti adottati, anche relativi alla fase di esecuzione del contratto.

L'autorità evidenzia infine la necessità che ogni eventuale misura di semplificazione sia accompagnata – ove possibile- da una parallela attenzione alla garanzia del principio di concorrenza che può essere perseguita sia accompagnando la misura di semplificazione dalla richiesta, comunque, di attuazione di un minimo confronto competitivo prima della selezione o di meccanismi di rotazione, sia prevedendo, in assenza di tali tutele, un lasso temporale predeterminato e compatibilmente breve, per l'intervento in deroga.

Gli Aspetti normativi emanati

-ORDINANZA del Dipartimento della Protezione Civile N. 655 del 25/03/2020:

DECRETO-LEGGE 9 marzo 2020, n. 14 Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19.

DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18, come modificato dalla legge di conversione 24 aprile 2020, n. 27

COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE EUROPEA N. 2020/C 108 I/01 del 1.4.2020

DISPOSIZIONI REGIONE CAMPANIA

La Regione Campania, per far fronte alla grave situazione che si è determinata con l'insorgenza dell'epidemia da Covid-19 ha

a) Varato il Piano per l'Emergenza Socio Economica, contenente specifiche misure di sostegno a famiglie e imprese campane. L'obiettivo è quello di offrire alle fasce più deboli della popolazione e all'apparato produttivo della regione un concreto e celere aiuto per affrontare al meglio le conseguenze di settimane di stop dell'attività sociale e lavorativa.

b) ha attivato il sistema informativo "Spese Coronavirus" finalizzato alla raccolta dei dati e dei documenti di spesa dei Comuni e delle Organizzazioni di volontariato per consentire la rendicontazione delle spese sostenute per l'attuazione di interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili – COVID 19, di cui al OCDPC n. 630/2020. Il riconoscimento della quota di rimborso dipenderà dalla verifica effettuata dal Dipartimento della Protezione Civile sulla completezza ed adeguatezza di quanto presentato dall'Ente.

Si ricorda che il soggetto che ha sostenuto la spesa è tenuto a conservare un fascicolo istruttorio delle spese rendicontate, trattenendo agli atti gli originali della documentazione giustificativa (contratti, convenzioni, fatture, scontrini, ricevute, mandati di pagamento e quietanze). L'intero fascicolo dovrà essere conservato anche in formato digitale (incluse le versioni elettroniche di documenti originali o di documenti esistenti solo in versione elettronica) al fine di renderne possibile la relativa esibizione in qualsiasi momento su richiesta degli organi di controllo nazionale e/o regionale, nell'ambito delle specifiche procedure previste per l'impiego di fondi emergenziali.

c) E' stato istituito e si è insediato il 29/04/2020 l'**Osservatorio Regionale Prezzi** nell'ottica della massima sinergia istituzionale, con la funzione di monitorare e contrastare ogni fenomeno di distorsione del mercato generato dall'imposizione di prezzi sproporzionati a seguito degli effetti dell'emergenza epidemiologica da COVID 19. L'Osservatorio è presieduto dall'assessore alle Attività Produttive ed è costituito dai rappresentanti delle Prefetture, della Guardia di Finanza, dell'Anci Campania, di Unioncamere Campania e delle associazioni dei consumatori. Esso raccoglie le segnalazioni pervenute dal territorio (cittadini, enti e associazioni) con l'obiettivo di monitorare i fenomeni speculativi ed orientare il programma delle attività di controllo da parte degli organi competenti.

A tal fine è stata attivata un'apposita casella di posta elettronica alla quale potranno essere inviate le segnalazioni: osservatorioprezzi.covid19@regione.campania.it.

Fatto presente che con nota N. 187560/PC del 24/07/2020 l'Asl di Caserta, ha provveduto a riscontrare "L'indagine conoscitiva sugli affidamenti di forniture e servizi connessi alla gestione dell'emergenza Covid-19" predisposta dall'ANAC – Vigilanza centrali di committenza e concessione di servizi con richiesta Prot. N. 0033760 del 08/05/2020. Sulla scorta di quanto sopra riportato

Ogni qualvolta nell'ASL di Caserta si fa ricorso alle disposizioni di semplificazione che fanno riferimento a situazioni di emergenza fermo restando che il ricorso alle procedure di emergenza, non può comunque comportare l'inosservanza delle seguenti condizioni:

- la necessaria verifica del possesso dei requisiti da parte dell'operatore economico affidatario del contratto (già prevista);
- la verifica antimafia;
- la tracciabilità degli atti compiuti (a fini di controlli successivi, a campione);
- la tracciabilità dei flussi finanziari;
- la necessaria autorizzazione per l'utilizzazione di imprese subappaltatrici;
- la possibilità di controlli successivi, a campione, sui prezzi praticati;
- la piena trasparenza, attraverso la pubblicazione sul sito dell'amministrazione, di tutti gli atti adottati, anche relativi alla fase di esecuzione del contratto.

Occorre inoltre documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti dalla definizione delle necessità (qualificazione/quantificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto mediante:

a) 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

b) 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).

c) Pubblicazione, sul sito istituzionale, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza/emergenza e relative motivazioni.

d) Rendicontazione delle spese sostenute per l'attuazione di interventi urgenti effettuati in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili – COVID 19

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.

Laddove si dovesse ravvisare una significativa discordanza va fatta opportuna segnalazione all'

l'Osservatorio Regionale Prezzi di cui al punto c) del paragrafo disposizioni Regione Campania

Per tutto quanto non previsto nel suddetto paragrafo, si rimanda al paragrafo Area di Rischio Contratti Pubblici in Sanita' di questo Piano.

Programmazione misure Reclutamento personale Emergenza Covid-19

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|--|--|--|---|--|
| Reclutamento del personale per Emergenza COVID 19 Incarichi e nomine | Reclutamento del personale per Emergenza COVID 19 Incarichi e nomine | Direttore U.O.C. GRU Direttore Cure Primarie | In Attuazione ad ogni evento concorsuale incarico e/o nomina | In essere- completare entro dicembre 2022 la verifica a campione delle autocertificazioni dei Commissari e degli incaricati in particolare art. 3 D.lgs. 39/13 | a coerenza tra la richiesta di avvio della procedura e le esigenze emergenziali come da norme di Legge per l'emergenza vigenti b rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento <i>in materia di reclutamento del personale, al rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia</i> " Criteri di scelta mediante avvisi di Procedure pubbliche trasparenti totalmente riportate in ogni fase su sito web aziendale. |

La politica del Wistleblowing

Il whistleblower (letteralmente *soffiatore di fischi*) è il lavoratore che, durante l'attività lavorativa all'interno di un "azienda/ente pubblico, rileva una possibile **frode**, un **pericolo** o un altro serio **rischio** che possa danneggiare clienti, colleghi, azionisti, il pubblico o la stessa reputazione dell'ente, e per questo decide di segnalarla. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un **ruolo di interesse pubblico**, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità.

L'Azienda alla luce della vigente normativa, ha ritenuto opportuno adottare una apposita procedura:

Procedura per la segnalazione di illeciti

(ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 e secondo quanto previsto dall'ANAC con le linee Guida del 28.04.2015 e Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 ad oggetto: "Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)"

Con la L. 190/12 è stata introdotta nell'ordinamento giuridico italiano (e precisamente all'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001) la figura del "whistleblower", cioè del dipendente pubblico che segnala illeciti a cui abbia assistito o di cui sia venuto a conoscenza in ragione dello svolgimento della propria attività lavorativa. La suddetta disciplina è stata dapprima integrata dal decreto legge 24 giugno 2014 n.90 convertito nella legge 11 agosto 2014 n.114 che ha modificato l'art.54 bis introducendo anche l'ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni ed infine l'istituto del WHISTLEBLOWING è stato riformato con la Legge 30 Novembre 2017 N. 179. Lo scopo ultimo della norma è quello di favorire l'emersione di fattispecie di illecito e consentire all'amministrazione e, per essa, ai soggetti qualificati dalla medesima individuati, di condurre verifiche sulla base di dati ed elementi certi allo scopo di contenere e limitare la commissione di eventi contrari al buon andamento.

Poiché la funzione primaria del whistleblowing è quella di portare all'attenzione dell'Azienda i possibili rischi di illecito o negligenza di cui si è venuti a conoscenza, l'istituto acquisisce la qualifica di strumento di prevenzione.

Il whistleblowing è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower.

In tale prospettiva, l'obiettivo della presente procedura è quello di fornire al whistleblower chiare indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento.

Lo scopo della presente procedura è di rimuovere sia eventuali dubbi e incertezze nel dipendente su come effettuare le segnalazioni, sia come fugare i timori di ritorsioni o discriminazioni conseguenti alla segnalazione stessa, fornendo chiare indicazioni operative circa l'oggetto della segnalazione, il suo contenuto, i destinatari della segnalazione e le forme di tutela previste nei confronti del segnalante (whistleblower)

Chi Può Segnalare

L'Azienda Sanitaria di Caserta si impegna a garantire la trasparenza, la correttezza, la legalità e il rispetto dei principi e dei valori etici e morali. In linea con questo impegno incoraggia e tutela i propri dipendenti, i collaboratori esterni, i consulenti, gli specializzandi, i tirocinanti, i frequentatori volontari, ma anche gli utenti ed altri soggetti esterni (fornitori, volontari ecc...) che siano venuti a conoscenza e che segnalano fatti o condotte interne illecite, garantendo la riservatezza e la confidenzialità delle informazioni.

Oggetto Della Segnalazione

Non esiste una lista tassativa di reati o irregolarità che possono costituire oggetto di segnalazione.

Si considerano rilevanti le segnalazioni che riguardano *comportamenti, rischi, reati, irregolarità, abusi di potere per scopi privati, consumati o tentati, a danno dell'interesse pubblico.*

In particolare la segnalazione può riguardare azioni od omissioni, commesse o tentate:

- Penalmente rilevanti;
- Poste in essere in violazione dei Codici di Comportamento o di altre disposizioni aziendali sanzionabili in via disciplinare;
- Suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;

Suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell'ASL;

Suscettibili di arrecare un danno alla salute o sicurezza dei dipendenti, utenti e cittadini o di arrecare un danno all'ambiente;

- Pregiudizio agli utenti o ai dipendenti o ad altri soggetti che svolgono la loro attività presso l'azienda.

Il whistleblowing non riguarda doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza del Servizio Personale.

Contenuto delle segnalazioni

Il whistleblower deve fornire tutti gli elementi utili a consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute ed appropriate verifiche ed accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione.

A tal fine, la segnalazione deve preferibilmente contenere i seguenti elementi:

- a) generalità del soggetto che effettua la segnalazione, con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'azienda;
- b) una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione;
- c) se conosciute, le circostanze di tempo e di luogo in cui sono stati commessi;
- d) se conosciute, le generalità o altri elementi (come la qualifica e il servizio in cui svolge l'attività) che consentano di identificare il soggetto/i che ha/hanno posto in essere i fatti segnalati;
- e) l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- f) l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti; g) ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

Le segnalazioni anonime, vale a dire prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, non verranno prese in considerazione nell'ambito delle procedure volte a tutelare il dipendente pubblico che segnala illeciti, ma verranno trattate alla stregua delle altre segnalazioni anonime e prese in considerazione ove siano adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari.

Le condotte illecite segnalate, comunque, devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza «in ragione del rapporto di lavoro» , ma anche quelle notizie che siano state acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, seppure in modo casuale.

Non sono invece meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci. In questa prospettiva è opportuno che le segnalazioni siano il più possibile circostanziate e offrano il maggior numero di elementi al fine di consentire all'amministrazione di effettuare le dovute verifiche.

Resta fermo il requisito della veridicità dei fatti o situazioni segnalati, a tutela del denunciato.

Modalità e destinatari della segnalazione

La segnalazione può quindi essere presentata compilando il modello (ModuloA):

Il modello è reperibile sul sito aziendale, sezione "Amministrazione-trasparente", sotto-sezione "altri contenuti-prevenzione della corruzione", ove sono altresì pubblicate le modalità di compilazione ed invio.

Dal 1 Marzo 2022 è inoltre attiva sul sito web Aziendale della ASL di Caserta l'applicazione informatica "Whistleblower" per l'acquisizione e la gestione nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti, così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del d.lgs. n. 165/2001 e previsto dalle Linee Guida di cui alla Determinazione n. 6 del 2015. Essa integra ed implementa le procedure già in atto della ASLCE inerenti le segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti già esistenti.

La suddetta piattaforma, già in uso all'ANAC, consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per l'ufficio del Responsabile della prevenzione corruzione (RPC), 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. Infatti, le segnalazioni, vengono segregate dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo ("key code") univoco generato dal predetto sistema, potrà "dialogare" con il RPC in maniera spersonalizzata tramite la piattaforma informatica

La segnalazione può essere indirizzata al Responsabile per la prevenzione della corruzione dell'ASLCE.

La segnalazione ricevuta da qualsiasi soggetto diverso dal responsabile della prevenzione della corruzione deve essere tempestivamente inoltrata, a cura del ricevente e nel rispetto delle garanzie di riservatezza, al Responsabile per la prevenzione della corruzione al quale è affidata la sua protocollazione in via riservata e la tenuta del relativo registro.

Qualora il whistleblower rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della segnalazione ai suddetti soggetti non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- a) mediante invio, all'indirizzo di posta elettronica ***anticorruzione@pec.aslcaserta.it*** . In tal caso, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal Responsabile della prevenzione della corruzione che ne garantirà la riservatezza, fatti salvi i casi in cui non è opponibile per legge;
- b) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna scrivendo sulla busta la dicitura "riservata/personale" indirizzata al responsabile della prevenzione della corruzione;
- c) verbalmente, mediante dichiarazione rilasciata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.
- d) Attraverso l'applicazione informatica "Whistleblower" già in uso all'ANAC che consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per l'ufficio del Responsabile della prevenzione corruzione (RPC), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità

All'atto dell'implementazione del sistema applicativo di cui sopra nella procedura di segnalazione di fatti illeciti,(cd Wistleblowing); l'amministrazione ha dato notizia dell'adozione del sistema applicativo informatico di gestione delle segnalazioni nella home page del proprio sito istituzionale in modo chiaro

e visibile comunicando il link a cui l'applicazione è raggiungibile.

Attività di verifica della fondatezza della segnalazione

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate al Responsabile per la prevenzione della corruzione che vi provvede nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati.

A tal fine, il Responsabile per la prevenzione della corruzione può avvalersi del supporto e della collaborazione delle competenti strutture aziendali e, all'occorrenza, di organi di controllo esterni all'azienda.

I dati e i documenti oggetto della segnalazione, che potrebbero anche essere o contenere dati sensibili, saranno trattati nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

L'ANAC al fine di definire uno standard uniforme per tutte le amministrazioni, ritiene che sia ragionevole indicare in quindici giorni lavorativi il termine per l'esame preliminare della segnalazione, cui consegue l'avvio dell'istruttoria. Pertanto il termine per l'avvio dell'istruttoria è di quindici giorni lavorativi che decorrono dalla data di ricezione della segnalazione. (rif. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021)

Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti fondata, il Responsabile per la prevenzione della corruzione, in relazione alla natura della violazione, provvederà:

- a) a presentare denuncia all'autorità giudiziaria competente;
- b) a comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata, affinché provveda all'adozione dei provvedimenti gestionali di competenza, incluso, sussistendone i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare;
- c) alla Direzione Aziendale e alle strutture competenti ad adottare gli eventuali ulteriori provvedimenti e/o azioni che nel caso concreto si rendano necessari a tutela dell'azienda.

Il termine per la definizione dell'istruttoria è di sessanta giorni che decorrono dalla data di avvio della stessa. (rif. Del. ANAC N:469/21) Resta fermo che, laddove si renda necessario, l'organo di indirizzo può autorizzare il RPCT ad estendere i predetti termini fornendo adeguata motivazione

Forme di tutela del whistleblower (ai sensi dell'art. 54 bis d.lgs.165/2001 e del Piano Nazionale Anticorruzione)

Obblighi di riservatezza sull'identità del whistleblower e sottrazione al diritto di accesso della segnalazione

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge, (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l'identità del whistleblower viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione. Pertanto, fatte salve le eccezioni di cui sopra, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo espresso consenso e tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione della segnalazioni sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

Per quanto concerne, in particolare, l'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei casi in cui :

vi sia il consenso espresso del segnalante;

la contestazione dell'addebito disciplinare risulti fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante risulti assolutamente indispensabile alla difesa dell'incolpato, sempre che tale circostanza venga da quest'ultimo dedotta e comprovata in sede di audizione o mediante la presentazione di memorie difensive.

Fatti salvi i succitati casi, la segnalazione del whistleblower è, inoltre, sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii.. Il documento non può, pertanto,

essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 s.m.i..

Se l'addebito contestato si fonda su altri elementi e riscontri oggettivi in possesso dell'amministrazione o che la stessa abbia autonomamente acquisito a prescindere dalla segnalazione, l'identità del segnalante non viene rivelata senza il suo consenso.

Spetta al responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari valutare, su richiesta dell'interessato, se ricorra la condizione di assoluta indispensabilità della conoscenza del nominativo del segnalante ai fini della difesa. In ogni caso, sia in ipotesi di accoglimento dell'istanza, sia nel caso di diniego, il responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari deve adeguatamente motivare la scelta come previsto dalla legge 241/1990.

È opportuno, comunque, che il responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari venga a conoscenza del nominativo del segnalante solamente quando il soggetto interessato chieda e sia resa nota l'identità dello stesso per la sua difesa. Gravano sul responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari gli stessi doveri di comportamento, volti alla tutela della riservatezza del segnalante, cui è tenuto il Responsabile della prevenzione della corruzione.

La tutela della riservatezza del segnalante viene garantita anche nel momento in cui la segnalazione viene inoltrata a soggetti terzi. Nel caso di trasmissione a soggetti interni all'amministrazione, sarà inoltrato solo il contenuto della segnalazione, espungendo tutti i riferimenti dai quali sia possibile risalire all'identità del segnalante. I soggetti interni all'amministrazione informano il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'adozione di eventuali provvedimenti di propria competenza.

Nel caso di trasmissione all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al Dipartimento della funzione pubblica, la trasmissione dovrà avvenire avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce una tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001.

Divieto di discriminazione nei confronti del segnalante.

Nei confronti del dipendente che effettua una segnalazione ai sensi della presente procedura non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione :

- a) al Responsabile della prevenzione della corruzione che, valutata la sussistenza degli elementi, segnala l'ipotesi di discriminazione;
- b) al Responsabile della struttura di appartenenza del dipendente autore della presunta discriminazione. Il Responsabile della struttura valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente autore della discriminazione;
- c) all'U.P.D., che, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- d) al Servizio Legale dell'azienda, che valuta la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della Azienda;
- e) all'ispettorato della funzione pubblica.

Programmazione misure Whistleblowing

Responsabilità del whistleblower

La presente procedura lascia impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del whistleblower nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria ai sensi del codice penale e dell'art. 2043 del codice civile. Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso della presente policy, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto oggetto della presente procedura.

Le segnalazioni anonime

Le segnalazioni anonime, vale a dire prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, non verranno prese in considerazione nell'ambito delle procedure volte a tutelare il dipendente pubblico che segnala illeciti, ma verranno trattate alla stregua delle altre segnalazioni anonime e prese in considerazione ove siano adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari.

Nel caso in cui pervenissero al servizio di protocollo, segnalazioni anonime in formato cartaceo, il personale addetto al ricevimento trasmetterà il documento originale cartaceo al Responsabile della prevenzione della corruzione.

In ogni caso verrà sottoposta alla competente Procura della Repubblica la sottoscrizione di un Protocollo d'Intesa finalizzato alla trasmissione, ai competenti uffici, anche attraverso una procedura informatizzata (posta elettronica certificata) di tutte le segnalazioni anonime che perverranno all'azienda.

La Normativa Antiriciclaggio e l' Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Analisi ed 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.

Definizione di Riciclaggio

1. L' art. 2 del D.Lgs. n. 231/2007 definisce " riciclaggio" le seguenti attività illecite, se commesse intenzionalmente:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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 agevolare l'esecuzione.

2. 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.

3. La conoscenza, l'intenzione o la finalità, che debbono costituire un elemento degli atti di cui al comma 1, possono essere dedotte da circostanze di fatto obiettive.

4. Ai fini del presente decreto per finanziamento del terrorismo vale la definizione di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 22 giugno 2007, n. 109.

5. Al fine di prevenire l'utilizzo del sistema finanziario e di quello economico per finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, il presente decreto detta misure volte a tutelare l'integrità di tali sistemi e la correttezza dei comportamenti.

6. 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.

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.Legs. 231/07 così come modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90 " dove si legge:

1. 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:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati (...)

4 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, adotta 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

5 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.

6 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.Legs. 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

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,

La UIF è stata istituita presso la Banca d'Italia dal d.lgs. n. 231/2007 (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

Ai sensi del D.Legs.231/07 la UIF svolge le seguenti attività:

- a) analizza i flussi finanziari al fine di individuare e prevenire fenomeni di riciclaggio di denaro o di finanziamento del terrorismo;
- b) riceve le segnalazioni di operazioni sospette di cui all'articolo 41 e ne effettua l'analisi finanziaria;
- c) acquisisce ulteriori dati e informazioni, finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, presso i soggetti tenuti alle segnalazioni di operazioni sospette di cui all'articolo 41;
- d) riceve le comunicazioni dei dati aggregati di cui all'articolo 40;
- e) si avvale dei dati contenuti nell'anagrafe dei conti e dei depositi di cui all'articolo 20, comma 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 413, e nell'anagrafe tributaria di cui all'articolo 37 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248;
- f) e-bis) in materia di segnalazione di operazioni sospette, emana istruzioni da pubblicarsi nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana sui dati e le informazioni che devono essere contenuti nelle segnalazioni di cui all'articolo 41 .

La UIF, avvalendosi delle informazioni raccolte nello svolgimento delle proprie attività:

- a) svolge analisi e studi su singole anomalie, riferibili a ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, su specifici settori dell'economia ritenuti a rischio, su categorie di strumenti di pagamento e su specifiche realtà economiche territoriali;
- b) elabora e diffonde modelli e schemi rappresentativi di comportamenti anomali sul piano economico e finanziario riferibili a possibili attività di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- c) può sospendere, anche su richiesta del Nucleo speciale di polizia valutaria della Guardia di finanza, della DIA e dell'autorità giudiziaria, per un massimo di cinque giorni lavorativi, sempre che ciò non pregiudichi il corso delle indagini, operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, dandone immediata notizia a tali organi. 7

Livelli di responsabilità

Ai fini dell'applicazione della normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo su esposta, vengono individuati quattro livelli di responsabilità interni all'ASLCE:

- A. il Direttore Amministrativo Aziendale
- B. I Responsabili Di Unità Operativa, Siano Essi Responsabili Di Unità Operativa Complessa (UOC), Di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) O Di Unità Operativa Semplice (UOS) Afferenti Ai

Servizi Amministrativi Dei Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti Strutturali Dell'asl di Caserta

C. il Direttore/Responsabile dell'UOC Gestione Economico Finanziaria

D. il Gestore (soggetto incaricato della trasmissione delle comunicazioni di operazioni sospette alla Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia)

A - Il Direttore Amministrativo Aziendale

verifica che le strutture amministrative di gestione Economico Finanziaria dell'ASLCE si attivino per garantire una corretta vigilanza ed adottino procedure e comportamenti che, ai sensi della normativa vigente:

- consentano di coordinare e rendere fruibili le informazioni concernenti transazioni sensibili o sospette;
- forniscano valutazioni idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività delle segnalazioni alla U.I.F., la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti;
- contribuiscano ad aumentare il livello di sensibilità di tutto il personale al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, garantendo un'adeguata informazione sui rischi connessi al riciclaggio di denaro e su eventuali novità normative o regolamentari.
- Il Direttore Amministrativo:
- fornisce, se necessario, direttive ulteriori al fine di consentire una corretta applicazione della normativa all'interno dell'ASLCE;
- verifica che il Piano formativo aziendale contenga la previsione di attività formative anche sulla materia oggetto del presente regolamento;
- valuta le segnalazioni inviate dal Gestore alla U.I.F. per l'assunzione delle conseguenti decisioni dell'ASLCE

B - I Responsabili delle segnalazioni sono i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali (UOC/UOSD/UOS) interessate all'applicazione del presente regolamento che rispondono, in quanto tali:

- dell'applicazione della presente regolamentazione nelle attività di afferenza;
- della comunicazione al Gestore delle operazioni/transazioni sospette o su cui possano sorgere dubbi in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, di cui siano venuti direttamente o indirettamente a conoscenza;
- della completezza e della correttezza del contenuto delle comunicazioni trasmesse per la parte di specifica **competenza al fine di supportare il Gestore nelle valutazioni a lui attribuite.**

C - il Direttore/Responsabile dell'UOC Gestione Economico Finanziaria, gestendo nel complesso le attività/flussi economico finanziari connessi con la movimentazione dei mezzi di pagamento/riscossione, ha il compito di collaborare con il Gestore, sia in relazione alle comunicazioni di propria competenza, sia svolgendo una generale funzione complessiva di monitoraggio e controllo rispetto a tutte le attività che comportano operazioni/transazioni inerenti le varie funzioni e attività dell'ASLCE.

Il Direttore/Responsabile dell'UOC Gestione Economico Finanziaria nel caso rilevi elementi di sospetto, o quantomeno di dubbio, nel corso dell'esercizio delle proprie funzioni, deve informare il Responsabile della relativa funzione (articolazione organizzativa) interna ed il Gestore. Accanto al Direttore/Responsabile dell'UOC Gestione Economico Finanziaria possono essere individuati, per le funzioni affidate e per i compiti svolti a livello aziendale, altri collaboratori ai fini dell'informativa al Gestore, con le medesime competenze già precisate.

D - 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'ASLCE, 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

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.

E' compito comunque degli Uffici dell'ASLCE, 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.) della Banca d'Italia a)

- 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.

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|---|---|----------------------------|---|---|
| Applicazione normativa antiriciclaggio | Nomina del Gestore delle comunicazioni all'UIF | Direttore generale | Entro giugno 2022 | Atto di nomina | Atto di nomina |
| | Formalizzazione dei Responsabili della procedura antiriciclaggio | Direttore generale | Entro giugno 2022 | Atto di nomina | Atto di nomina |
| | Acquisizione ed implementazione della applicazione telematica per le segnalazioni all'UIF | UOC C.I.G e Sistema Informativo RPC (input) | Entro giugno 2022 | Implementazione dell'Applicazione telematica delle segnalazioni all'UIF | Implementazione dell'Applicazione telematica delle segnalazioni all'UIF |

Programmazione misure Antiriciclaggio

All.Indicatori di Anomalia di Operazioni Sospette di Riciclaggio

A. Indicatori di anomalia connessi con l'identità o il comportamento del soggetto cui è riferita l'operazione

1. 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 risiede ovvero opera con controparti situate in aree di conflitto o in Paesi che notoriamente finanziano o sostengono attività terroristiche o nei quali operano organizzazioni terroristiche, ovvero in zone limitrofe o di transito rispetto alle predette aree.

- 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.

2. 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, all'atto di esibire documenti di identità ovvero alla richiesta di fornire documentazione o informazioni inerenti all'operazione, rinuncia a eseguirla.
- 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.

3 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 persone che risultano rivestire importanti cariche pubbliche, anche a livello domestico, nazionale o locale.

- Il soggetto cui è riferita l'operazione è un'impresa che è connessa a vario titolo a una persona con importanti cariche pubbliche a livello domestico e che improvvisamente registra un notevole incremento del fatturato a livello nazionale o del mercato locale.

- 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 intrattiene rilevanti rapporti finanziari con fondazioni, associazioni, altre organizzazioni non profit ovvero organizzazioni non governative, riconducibili a persone sottoposte a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale o a provvedimenti di sequestro, a persone che risultano rivestire importanti cariche pubbliche, anche a livello domestico, ovvero a soggetti censiti nelle liste delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo.

4 Il soggetto cui è riferita l'operazione risulta collegato con organizzazioni non profit ovvero con organizzazioni non governative che presentano tra loro connessioni non giustificate, quali ad esempio la condivisione dell'indirizzo, dei rappresentanti o del personale, ovvero la titolarità di molteplici rapporti riconducibili a nominativi ricorrenti. 4. Il soggetto cui è riferita l'operazione risulta caratterizzato da assetti proprietari, manageriali e di controllo artificialmente complessi ed opachi e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni.

- Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da strutture societarie opache (desumibili, ad esempio, da visure nei registri camerali) ovvero si avvale artificialmente 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 improvvisate modifiche nell'assetto proprietario, manageriale (ivi compreso il "direttore tecnico") o di controllo dell'impresa.

- Il soggetto cui è riferita l'operazione è di recente costituzione, effettua una intensa operatività finanziaria, cessa improvvisamente l'attività e viene posto in liquidazione.

- 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.
- Il soggetto che effettua ripetute richieste di operazioni mantiene invariati gli assetti gestionali e/o la propria operatività, nonostante sia un'azienda sistematicamente in perdita o comunque in difficoltà finanziaria.
- Il soggetto cui è riferita l'operazione mostra di avere scarsa conoscenza della natura, dell'oggetto, dell'ammontare o dello scopo dell'operazione, ovvero è accompagnato da altri soggetti che si mostrano interessati all'operazione, generando il sospetto di agire non per conto proprio ma di terzi.

B. Indicatori di anomalia connessi con le modalità (di richiesta o esecuzione) delle operazioni.

5 . Richiesta ovvero esecuzione di operazioni con oggetto o scopo del tutto incoerente con l'attività o con il complessivo profilo economico-patrimoniale del soggetto cui è riferita l'operazione o dell'eventuale gruppo di appartenenza, desumibile dalle informazioni in possesso o comunque rilevabili da fonti aperte, in assenza di plausibili giustificazioni.

- 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.
- Operazioni richieste o effettuate da più soggetti recanti lo stesso indirizzo ovvero la medesima domiciliazione fiscale, specie se tale indirizzo appartiene anche a una società commerciale e ciò appare incoerente rispetto all'attività dichiarata dagli stessi.
- Richiesta di regolare i pagamenti mediante strumenti incoerenti rispetto alle ordinarie prassi di mercato, in assenza di ragionevoli motivi legati al tipo di attività esercitata o a particolari condizioni adeguatamente documentate.
- 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.

6 Richiesta ovvero esecuzione di operazioni prive di giustificazione commerciale con modalità inusuali rispetto al normale svolgimento della professione o dell'attività, soprattutto se caratterizzate da elevata complessità o da significativo ammontare, qualora non siano rappresentate specifiche esigenze.

- 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.
- Estinzione anticipata e inaspettata, in misura totale o parziale, dell'obbligazione da parte del soggetto cui è riferita l'operazione.
- Richiesta di estinzione di un'obbligazione effettuata da un terzo estraneo al rapporto negoziale, in assenza di ragionevoli motivi o di collegamenti con il soggetto cui è riferita l'operazione.
- Improvviso e ingiustificato intervento di un terzo a copertura dell'esposizione del soggetto cui è riferita l'operazione, specie laddove il pagamento sia effettuato in un'unica soluzione ovvero sia stato concordato in origine un pagamento rateizzato.

- 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.

7 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.

- Richiesta a una Pubblica amministrazione dislocata in località del tutto estranea all'area di interesse dell'attività del soggetto cui è riferita l'operazione, specie se molto distante dalla residenza, dal domicilio o dalla sede effettiva. •

- Richiesta di modifica delle condizioni o delle modalità di svolgimento dell'operazione, specie se tali modifiche comportano ulteriori oneri a carico del soggetto cui è riferita l'operazione.

- Richiesta di esecuzione in tempi particolarmente ristretti a prescindere da qualsiasi valutazione attinente alle condizioni economiche. • Acquisto o vendita di beni o servizi di valore significativo (ad esempio, beni immobili e mobili registrati; società; contratti; brevetti; partecipazioni) effettuate a prezzi palesemente sproporzionati rispetto ai correnti valori di mercato o al loro prevedibile valore di stima.

- Operazioni ripetute, di importo significativo, effettuate in contropartita con società che risultano costituite di recente e hanno un oggetto sociale generico o incompatibile con l'attività del soggetto che richiede o esegue l'operazione (ad esempio, nel caso di rapporti ripetuti fra appaltatori e subappaltatori "di comodo").

- Richiesta di accredito su rapporti bancari o finanziari sempre diversi.

- 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 mediante ricorso al meccanismo dell'avvalimento plurimo o frazionato, ai fini del raggiungimento della qualificazione richiesta per l'aggiudicazione della gara, qualora il concorrente non dimostri l'effettiva disponibilità dei mezzi facenti capo all'impresa avvalsa, necessari all'esecuzione dell'appalto, ovvero qualora dal contratto di avvalimento o da altri elementi assunti nel corso del procedimento se ne desuma l'eccessiva onerosità ovvero l'irragionevolezza.

- 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.
- Cessioni di crediti derivanti dall'esecuzione del contratto, effettuate nei confronti di soggetti diversi da banche e da intermediari finanziari aventi nell'oggetto sociale l'esercizio dell'attività di acquisto dei crediti ovvero senza l'osservanza delle prescrizioni di forma e di previa notifica della cessione, salva la preventiva accettazione, da parte della stazione appaltante, contestuale alla stipula del contratto.
- Previsione nei contratti di concessione o di finanzia di progetto di importo superiore alle soglie comunitarie e di un termine di realizzazione di lunga durata, soprattutto se superiore a 4 anni, a fronte anche delle anticipazioni finanziarie effettuate dal concessionario o promotore.
- 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.
- Aggiudicazione di sponsorizzazioni tecniche di utilità e/o valore complessivo indeterminato o difficilmente determinabile, con individuazione, da parte dello sponsor, di uno o più soggetti esecutori, soprattutto nel caso in cui questi ultimi coincidano con raggruppamenti costituiti da un elevato numero di partecipanti o i cui singoli partecipanti sono, a loro volta, riuniti, raggruppati o consorziati, specie se privi dei prescritti requisiti di qualificazione per la progettazione e l'esecuzione.
- 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.

Settore finanziamenti pubblici

- Richiesta di finanziamento pubblico incompatibile con il profilo economico-patrimoniale del soggetto cui è riferita l'operazione.
- Richiesta di finanziamenti pubblici effettuata anche contestualmente da più società appartenenti allo stesso gruppo, dietro prestazione delle medesime garanzie.

- Utilizzo di finanziamenti pubblici con modalità non compatibili con la natura e lo scopo del finanziamento erogato.
- Costituzione di società finalizzata esclusivamente alla partecipazione a bandi per l'ottenimento di agevolazioni finanziarie, specie se seguita da repentine modifiche statutarie e, in particolare, da cospicui aumenti di capitale, cambiamenti di sede ovvero da trasferimenti d'azienda.
- Richiesta di agevolazioni finanziarie da parte di soggetti giuridici aventi il medesimo rappresentate legale, uno o più amministratori comuni, ovvero riconducibili al medesimo titolare effettivo o a persone collegate (ad esempio, familiare, convivente ovvero associato).
- Richiesta di agevolazioni finanziarie da parte di società costituite in un arco temporale circoscritto, specie se con uno o più soci in comune. • Richiesta di agevolazioni finanziarie previste da differenti disposizioni di legge da parte di più società facenti parte dello stesso gruppo, in assenza di plausibili giustificazioni.
- Richiesta di agevolazioni finanziarie presentate da professionisti o procuratori che operano o sono domiciliati in località distanti dal territorio in cui sarà realizzata l'attività beneficiaria dell'agevolazione, specie se i predetti soggetti operano come referenti di più società richiedenti interventi pubblici.
- Presentazione di dichiarazioni relative alla dimensione aziendale dell'impresa necessaria per ottenere le agevolazioni pubbliche che appaiono false o carenti di informazioni rilevanti.
- Estinzione anticipata di finanziamento agevolato con utilizzo di ingenti somme che appaiono non compatibili con il profilo economico del soggetto finanziato.

Settore immobili e commercio

- Disponibilità di immobili o di altri beni di pregio da parte di nominativi privi delle necessarie disponibilità economiche o patrimoniali, in assenza di plausibili giustificazioni, anche connesse con la residenza del soggetto cui è riferita l'operazione, la sede della sua attività, ovvero in assenza di legami fra il luogo in cui si trovano i beni e il soggetto cui è riferita l'operazione.
 - Acquisto di beni immobili per importi rilevanti da parte di società scarsamente capitalizzate o con notevole deficit patrimoniale.
 - Acquisto e vendita di beni immobili, specie se di pregio, in un ristretto arco di tempo, soprattutto se sia riscontrabile un'ampia differenza tra il prezzo di vendita e di acquisto.
 - Ripetuti acquisti di immobili, specie se di pregio, in un ristretto arco temporale, in assenza di ricorso a mutui immobiliari o ad altre forme di finanziamento.
 - Operazioni di acquisto e vendita di beni o attività tra società riconducibili allo stesso gruppo.
- Svolgimento di attività commerciali soggette a comunicazioni o ad autorizzazioni da parte di nominativi privi delle necessarie disponibilità economiche o patrimoniali, in assenza di plausibili giustificazioni, anche connesse con la residenza del soggetto cui è riferita l'operazione, la sede della sua attività ovvero in assenza di legami con il luogo in cui si svolge l'attività.
 - Acquisto di licenze di commercio per importi rilevanti da parte di società scarsamente capitalizzate o con notevole deficit patrimoniale, in assenza di plausibili giustificazioni connesse con la residenza o la sede dell'attività del soggetto cui è riferita l'operazione. 4
 - Richieste di licenze di commercio da parte di società scarsamente capitalizzate o con notevole deficit patrimoniale, in assenza di plausibili giustificazioni connesse con la residenza o la sede dell'attività del soggetto cui è riferita l'operazione.
 - Ripetute cessioni di licenze di commercio, in un ristretto arco di tempo, soprattutto se per importi molto differenti.
 - Ripetuti subentri in licenze di commercio, in un ristretto arco di tempo ovvero frequente affitto o subaffitto di attività. o Ripetuto rilascio di licenze commerciali senza avvio dell'attività produttiva.

2.4.Sottosezione di programmazione-Trasparenza e accessibilità

I recenti interventi normativi hanno attribuito al concetto di trasparenza nuovi significati.

La trasparenza è intesa come:

- accessibilità totale a dati e documenti detenuti dall'Azienda allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli utenti e dei soggetti interessati all'attività dell'Ente e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche assegnate all'Asl di Caserta;
- controllo diffuso di ogni fase del ciclo di gestione della performance;
- prevenzione dei fenomeni corruttivi e promozione dell'integrità.

La trasparenza ha quindi una duplice funzione: "statica", che si configura essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati della PA per finalità di controllo sociale, e "dinamica", fortemente ancorata al concetto di performance in un'ottica di miglioramento continuo.

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.

Con la redazione del presente Programma per la Trasparenza l'ASL di Caserta vuole indicare le principali azioni e linee di intervento che intende perseguire in tema di trasparenza e sviluppo della cultura della legalità, sia all'interno della struttura aziendale sia nei rapporti con la società civile e con la propria utenza.

Il programma si pone, quindi, come strumento rivolto essenzialmente ai cittadini e per questo ne è stata privilegiata la chiarezza e comprensibilità dei contenuti.

2.4.1 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici dell'Asl di Caserta per il triennio 2022 – 2024 sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati dall'Azienda.

Vengono, pertanto, individuati i seguenti obiettivi:

- Individuazione dei Dirigenti delle Strutture coinvolte quali Referenti aziendali per la Trasparenza;
- 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;
- Adozione delle 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. 50/2016 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;
- Controllo diffuso 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.

Obiettivi operativi di trasparenza di medio periodo (tre anni) sono:

- aggiornamento dei processi delineati;
- verifiche ed aggiornamento delle misure proposte anche in termini di sostenibilità organizzativa delle stesse;
- mappatura di ulteriori processi che potrebbero emergere anche a seguito di analisi organizzative aziendali e di eventuali problematiche che potrebbero emergere;
- integrazione del sistema della trasparenza con altri strumenti di programmazione.
- rilevazione automatica del livello di soddisfazione degli utenti per mettere meglio a fuoco i bisogni informativi degli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione.

Soggetti responsabili

Il **Direttore Generale** approva annualmente il Programma Triennale della Trasparenza (PTT) nell'ambito del PTPC ed i relativi aggiornamenti.

Il **Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario** orientano con la propria azione tutte le attività dell'Azienda verso comportamenti virtuosi, improntati all'eticità nell'agire ed alla trasparenza nella comunicazione e favoriscono le azioni a sostegno della trasparenza, della legalità e della promozione della cultura dell'integrità.

Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione** rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione: è chiamato ad elaborare il PTPC che *"costituisce l'espressione delle conoscenze specifiche e contingenti in possesso del RPCT e della sua capacità di utilizzare esperienze e competenze presenti all'interno ed all'esterno della struttura in cui opera"*. Il Responsabile della prevenzione alla corruzione è altresì chiamato a vigilare sull'applicazione del piano, ad elaborare nuove misure e strategie preventive e a segnalare criticità e/o specifici fatti corruttivi o di cattiva gestione.

Il **Responsabile 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. Seppure la complessità dell'organizzazione abbia indotto l'amministrazione a nominare due diversi soggetti cui imputare le responsabilità in materia di trasparenza ed anticorruzione è impegno del Responsabile della Corruzione coordinare le proprie azioni in funzione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione.

L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità, esercita un'attività di impulso nei confronti dell'Organo di indirizzo (Direttore Generale) e del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza per l'elaborazione del relativo programma.

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 essere 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.

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 RT, anche nei dirigenti responsabili, che siano "responsabili della pubblicazione" o "responsabili 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, 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".

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 a 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 nella Tabella che costituisce l'Allegato 1.

In continuità con il 2021, 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.

Procedura per la pubblicazione dei dati

La pubblicazione dei contenuti deve essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel D.Lgs 33/2013 e s.s.m.e i..

L'Asl di Caserta provvede ad aggiornare la sezione "Amministrazione Trasparente" secondo le indicazioni delle Linee Guida Anac che hanno fornito una mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le Pubbliche Amministrazioni.

Indispensabile è il coinvolgimento di quasi tutti i settori dell'Azienda, in considerazione di una realtà organizzativa molto settorializzata. L'impegno, quindi, è indirizzato in particolare sulla individuazione e normalizzazione dei dati da pubblicare, nonché sulle procedure di lavoro da seguire.

E' fondamentale ribadire, in ogni caso, che la trasparenza non è e non deve essere intesa come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, bensì come attività propria e caratterizzante il modo di operare delle UU.OO.

I dati da pubblicare sono quelli previsti dalla normativa vigente ed indicati nella Tabella allegata (Allegato 1). La Tabella oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la tempistica, in coerenza con le linee guida dell'Anac, specifica i Responsabili della trasmissione ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013.

All'interno dell'Azienda, il Responsabile della Trasparenza esercita i poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano al sistema nel suo complesso.

In particolare, 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.

La pubblicazione sul sito avviene sempre tramite il Servizio Informativo del Controllo di Gestione.

Nell'Asl di Caserta, fatta eccezione per le determinazioni dirigenziali che vengono caricate nella sezione "Amministrazione trasparente" attraverso il collegamento con la piattaforma informatica "Gestione Atti Amministrativi", tutti gli altri documenti, dati e/o informazioni, sono caricati "manualmente" dal Servizio Informativo, struttura deputata alle pubblicazioni, previa comunicazione da parte della struttura 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 all'Allegato 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.

Pertanto, in sintesi, ogni Responsabile, individuato nella Tabella, provvede a pubblicare, per il tramite del Servizio Informativo, i documenti ed i dati e le informazioni previsti dalla normativa vigente nonché dal Piano, garantendo il tempestivo e regolare flusso delle informazioni ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla normativa, verificando che il dato trasmesso sia realmente pubblicato e posizionato nella sezione corretta dell'Amministrazione Trasparente. Considerato, pertanto, che la trasparenza amministrativa è un processo complesso, è opportuno e necessario che i Dirigenti Responsabili provvedano a predisporre una relazione riassuntiva relativa alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza, da trasmettere al Responsabile della Trasparenza il quale le allegherà alla relazione annuale che verrà trasmessa ai componenti dell'OIV., che la utilizzeranno per la loro attività di verifica.

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"*.

Aggiornamento

I contenuti del Programma della Trasparenza sono oggetto di costante aggiornamento sullo stato di attuazione ed eventuale ampliamento degli obblighi, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni di legge.

Per ciascuna tipologia di informazione sono individuate le modalità e la tempistica da utilizzare per l'aggiornamento dei dati, nonché la Struttura aziendale responsabile dell'aggiornamento (All.1)

Comprensibilità dei dati

Le Strutture aziendali, nella persona dei singoli referenti (Dirigenti) 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: 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; 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 links facilmente individuabili. |

Obblighi di pubblicazione e applicabilità dell'art. 14, comma 1-bis, lettera f) del d. lsg. 33/2013

In relazione agli obblighi di pubblicazione non si possono non segnalare gli ulteriori interventi in relazione alla questione relativa agli obblighi di pubblicazione di cui alla lett. f), art. 14 c. 1 del D.gs. 33/2013 in materia di situazione reddituale e patrimoniale della dirigenza. Sul punto sono intervenuti:

1. nel 2019:

- La Corte Costituzionale con la sentenza n. 20;
- L'ANAC con Delibera 586/2019;

- Il TAR Lazio con ordinanza cautelare del Tar Lazio n. 7579/2019 sospensiva degli obblighi di pubblicazione dei dati reddituali dei Dirigenti Responsabili di UOC;
- L'ANAC con comunicato del 11/12/2019 (delibera 1126/2019), nel rinviare al 1° marzo 2020 l'avvio dell'attività di vigilanza, chiedeva alle le Regioni, come stabilito all'esito di appositi incontri, di identificare le modalità con cui dare attuazione alla norma in considerazione delle peculiarità del proprio assetto organizzativo.

2. nel 2020:

- Il legislatore, con il decreto "mille proroghe" - D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8., che all'art. comma 7 ha stabilito che:

"Fino al 31 Dicembre 2020, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte costituzionale 23 gennaio 2019, n.20, ai soggetti di cui all' articolo 14, comma 1 bis, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ad esclusione dei titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall' articolo 19, comma 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n 165, non si applicano le misure di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo decreto legislativo n.33 del 2013. Fermo restando quanto previsto alla lettera c) del presente comma, per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dal citato articolo 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo n.165 del 2001, continua a trovare piena applicazione la disciplina di cui all'articolo 14 del citato decreto legislativo n.33 del 2013.

Conseguentemente, con regolamento da adottarsi entro il 31 Dicembre 2020, ai sensi del articolo 17 comma 2,della legge 23 agosto 1988, n.400, su proposta del Ministero per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministero della Giustizia, Il Ministero dell' Interno, Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale e il Ministero della difesa, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono individuati i dati di cui al comma 1 dell' articolo 14 del decreto legislativo 14 marzo2013,n33, che le pubbliche amministrazioni e i soggetti di cui all'articolo 2 bis, comma 2,del medesimo decreto legislativo devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice ed incarichi dirigenziali, comunque denominati, nonché ai dirigenti sanitari di cui all' articolo 41, comma 2, dello stesso decreto legislativo, ivi comprese le posizioni organizzative ad essi equiparate, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) Graduazione degli obblighi di pubblicazione dei dati di cui al comma 1, lettera b) ed e) dell' art 14, comma 1, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, in relazione al rilievo esterno dell' incarico svolto, al livello di un potere gestionale e decisionale esercitato correlato all' esercizio della funzione dirigenziale, tenuto anche conto della complessità della struttura cui è preposto il titolare dell' incarico, fermo restando per tutti i titolari di incarichi dirigenziali l' obbligo di comunicazione dei dati patrimoniali e reddituali di cui all' articolo 13, comma 3, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n.62;

b) Previsione che i dati di cui all' articolo 14, comma 1, lettera f) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, possono essere oggetto anche di sola comunicazione all' amministrazione di appartenenza;

c) Individuazione, anche in deroga all' obbligo di pubblicazione per i titolari di incarichi dirigenziali di cui all' art.19, commi 3 e 4 , del decreto legislativo 30 marzo 2001, n 165, dei dirigenti dell' amministrazione dell' interno, degli affari esteri e della cooperazione internazionale, delle forze di polizia, delle forze armate e dell' amministrazione penitenziaria per i quali non sono pubblicati i dati di cui all' articolo 14 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, in ragione del pregiudizio alla sicurezza nazionale interna ed esterna e all'ordine di sicurezza pubblica, nonché in rapporto ai compiti svolti per la tutela delle istituzioni democratiche e di difesa dell' ordine e della sicurezza interna ed esterna"

- Il Tar Lazio che con sentenza del 7579/2020, ha stabilito che l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali/reddituali, residua solo per DG, DS, DA in quanto si tratta di soggetti individuati e nominati direttamente ed indirettamente dall'organo di indirizzo politico, nonché

dotati di amplissimi poteri decisorii ed organizzativi e che pertanto appaiono assimilati ai titolari di uffici dirigenziali generali dei Ministeri.

Per l'anno 2022, si procederà conformemente a quanto normativamente previsto.

Controllo e monitoraggio

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl di Caserta, concorrono, oltre al Responsabile della Trasparenza (RT) e al RPC, l'OIV e, più complessivamente, tutte le Unità Operative dell'Azienda e i relativi Dirigenti.

In particolare, il R.T. 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 R.T. 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 R.T. è tenuto a dare comunicazione all'OIV della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.

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. L'epidemia da COVID-19 ha provocato tuttavia un sostanziale rallentamento delle attività di verifica dovuto all'impegno delle strutture aziendali nella gestione dell'emergenza e all'impegno del personale, deputato all'attività di verifica del Piano Triennale, verso attività di supporto alle strutture sanitarie e al servizio di Igiene e Sanità Pubblica

2.4.2 Accesso civico

Sulla base delle indicazioni fornite dall'ANAC nella 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.

Il Registro è tenuto dal Responsabile per la Trasparenza ed è aggiornato semestralmente sulla base delle informazioni fornite, per quanto di competenza, da tutte le strutture dell'Azienda.

Con l'obiettivo di promuovere la corretta attuazione della normativa e supportare le amministrazioni, il Dipartimento della funzione pubblica ha realizzato un set di indicazioni operative per l'implementazione del Registro degli accessi FOIA, condivise dall'Azienda.

Infatti, facendo seguito alle indicazioni dettate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione con la Circolare n. 2/2017 l'Azienda ha predisposto nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri Contenuti - Accesso Civico" un'area dove

sono pubblicate le informazioni relative all'accesso documentale (L. 241/90), all'accesso civico ("semplice") e all'accesso generalizzato, nonché i moduli per le relative istanze.

In particolare sono individuate quattro sottosezioni:

1. Accesso agli atti
 2. Accesso civico semplice
 3. Accesso civico generalizzato
- Registro degli accessi.

Nella suddetta sotto-sezione 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.

Ci si propone per il 2022 di arricchire la sezione di nuovi contenuti, al fine di consentire al cittadino di comprendere la politica di prevenzione della corruzione e offrire strumenti di interazione con l'amministrazione, introducendo la sottosezione "News". Attraverso questa sotto-sezione l'Azienda si avvicina ancora di più al cittadino trasmettendo informazioni e notizie sempre aggiornate in materia di trasparenza ed anticorruzione, sia con riferimento alle iniziative adottate dall'ASL, che agli aggiornamenti nazionali, consentendo l'informazione a supporto, non solo del cittadino, ma anche delle strutture amministrative e rafforzando e valorizzando, la trasparenza del patrimonio informativo in un settore nuovo ed in continua evoluzione.

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 Allegato 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.

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. 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 |

Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti

La pubblicazione dei dati relativi alle attività negoziali da parte delle stazioni appaltanti è finalizzata a consentire l'accesso alle informazioni essenziali, che devono essere innanzitutto contenute negli atti riguardanti un appalto. Il rispetto dell'obbligo di pubblicazione di tali dati e informazioni richiede, quindi, anche una maggiore cognizione e responsabilità nell'adozione degli atti e nella definizione dei relativi contenuti, in quanto deve consentire alle figure preposte – ed ai cittadini in senso generale – la piena conoscenza dell'operato della pubblica amministrazione.

Con l'adozione del D.L 31 maggio 2021, n. 77 (convertito con legge 29 luglio 2021, n. 108 – c.d. Decreto Semplificazioni), il legislatore ha modificato l'articolo 29, comma 1 del Codice dei Contratti Pubblici, inserendo tra gli obblighi di pubblicazione, oltre a quelli preesistenti e relativi all'affidamento, anche quelli relativi all'esecuzione. Questo intervento normativo andrà dunque ad impattare sulla struttura e sui contenuti del Profilo del Committente. Inoltre, con la delibera n. 468 del 16/06/2021, l'ANAC ha fornito ulteriori orientamenti interpretativi circa gli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27, d.lgs. 33/2013, in materia di atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati. In particolare, l'ANAC ribadisce l'assoggettamento agli obblighi di pubblicazione dei provvedimenti volti a sostenere un soggetto sia pubblico che privato, attraverso il riconoscimento di vantaggi economici diretti o indiretti di importo complessivo superiore a mille euro. Per quanto attiene il contesto sanitario, l'Autorità ha specificato che per il SSN, la pubblicazione non è prevista per le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Incarichi e nomine

Il D.lgs 39/2013 (oltre alla delibera ANAC 149/2014) si occupa delle inconfiribilità e delle incompatibilità dei vertici delle Aziende.

“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 la 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:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- c) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale;
- d) incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa;
- d) incarichi di natura professionale anche di altissima professionalità, alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- e) incarichi professionali di base conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Incarichi dirigenziali di struttura complessa

A seguito dei decreti 49/2009 e 46/2010 e di specifiche linee guida dettate dalla struttura commissariale per l'attuazione del piano di rientro in Sanità, l'ASL Caserta ha adottato l'Atto Aziendale approvato con DCA 64 del 13.12.2017.

In tale proposta il numero di strutture complesse è stato significativamente ridotto sia nei Presidi Ospedalieri che nelle strutture territoriali; analoghe riduzioni si evidenziano per le strutture semplici.

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 un 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 complesse la costituzione della Commissione esaminatrice e' 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,
- 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.

Incarichi Direttore di Dipartimento

“La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale con implicazioni anche con il settore degli acquisti. E' 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, le aziende sanitarie dovranno orientare le opportune misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- 2 esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- 3 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;
- 4 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;
- 5 pubblicazione degli atti del procedimento

Incarichi Direttore di Distretto o di Presidio Ospedaliero

Per il conferimento dei suddetti incarichi è opportuno identificare:

- 1- avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale ed eventualmente regionale;
- 2- costituzione della commissione selezionatrice;
- 3- predeterminazione dei criteri di selezione;
- 4- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- 5- pubblicazione degli atti del procedimento.

Incarichi di Direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale

Costituiscono un'articolazione interna del dipartimento o del distretto con responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali.

Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, 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 deve adottare tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento, avuto riguardo delle buone prassi già adottate da alcune aziende e delle seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- 1- verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- 2- 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);
- 3- avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- 4- costituzione della commissione selezionatrice;
- 5- predeterminazione dei criteri di selezione;
- 6- misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- 7- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- 8- 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);
- 9- 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).

Incarichi di Direzione di struttura semplice quale articolazione interna di strutture complesse

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.

I criteri di trasparenza per il conferimento degli incarichi sono identici a quelli della struttura semplice dipartimentale.

Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio ed incarichi professionali di base

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale di cui al CCNL 8.6.2000 (art. 28) e recente CCNL (art.18 e 19) e, per quanto concerne in particolare gli effetti della valutazione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di maggior rilievo professionali o gestionali, nella disciplina di cui all'art. 33 del CCNL 8.6.2000, come sostituito dagli art.18 e 19 del recente CCNL.

Occorre pertanto che l' Azienda osservi 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.

Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- 1- pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
- 2- esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992

La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. A ciò si aggiunga che si tratta di incarico a tempo determinato attribuito al di fuori delle procedure ordinarie di reclutamento del personale, seppure nei limiti previsti dalla normativa vigente e nel rispetto dei vincoli dei tetti di spesa.

Si prevedono le seguenti raccomandazioni volte a massimizzare i livelli di trasparenza delle relative procedure attraverso anche un processo selettivo che dia conto dei criteri e delle scelte operate.

Nello specifico, tenuto conto della connotazione di eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico - in quanto ipotesi derogatoria rispetto alle regole generali per le assunzioni - , valgono anche per questa tipologia di incarichi le misure previste sia per gli altri incarichi dirigenziali che per le sostituzioni, ovvero:

- 1- pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;
- 2- esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei

concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;
3- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione.

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 2019, 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

1. di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
2. 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;
3. 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 implementazione della misura, ai fini della corretta applicazione della norma sopra citata verrà richiesta la valutazione della predisposizione di una specifica dichiarazione da sottoporre alla sottoscrizione dei dipendenti e/o dei soggetti ai quali si intende conferire gli incarichi previsti dal citato art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001.

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.

Come più volte ribadito dalla stessa ANAC, la trasparenza costituisce lo strumento cardine per prevenire sul terreno amministrativo i fenomeni corruttivi.

L'ambito di attività relativo alle selezioni pubbliche, così come del resto quello relativo al conferimento degli incarichi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generale" di cui alla determinazione Anac del 28 ottobre 2015, n. 12.

Vale infatti il principio per il quale ogni Azienda deve dare non solo evidenza ma anche uniformità di gestione dei processi di valutazione e selezione in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti che garantiscano la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse.

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 :

1. Delibera di Indizione e bando
2. Delibera di presa atto dei partecipanti e nomina commissione
3. Convocazione dei candidati
4. Diario delle prove
5. Pubblicazione dell'esito delle prove
6. Tracce e/o quesiti
7. Criteri di valutazione delle prove
8. Elenco dei vincitori
9. Etc.

Il Sistema proposto tra l'altro già in uso presso altre Aziende consente altresì di razionalizzare e semplificare la gestione amministrativa dei concorsi.

Attività successive alla cessazione del servizio

L'art. 1, comma 42, lettera l) della legge n. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 il comma 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che svolgono effetto sia nei confronti del soggetto, che nei confronti dell'atto.

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti. Tale disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali.

L'ANAC precisa che le pubbliche amministrazioni sono tenute a inserire 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 il soggetto privato partecipante alla gara 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.

Al fine di prevenire il fenomeno descritto, l'ASL di Caserta si impegna a: - inserire clausole specifiche all'atto di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage; - prevedere una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma; - prevedere nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d. lgs. n. 50/2016.

Piano della Performance ed il sistema di misurazione e valutazione della Performance

Il Piano riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale, in quanto non solo costituisce una parte dei programmi di attività dell'azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione e ai risultati conseguiti.

Con il Piano della performance aziendale vengono assegnati gli obiettivi per il personale. Tra questi sono presenti quelli che riguardano la trasparenza. Tali obiettivi assegnati alle strutture in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, anche per il 2022 sono in continuità con gli anni precedenti, con la finalità di mantenere elevata l'attenzione dei direttori/responsabili su tali tematiche. Sul raggiungimento di tali obiettivi, relazioneranno il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza all'OIV.

L'amministrazione si impegna anche, tramite le strutture preposte, al rispetto dal punto di vista formale e di tempistiche, delle norme sulla trasparenza amministrativa con le correlate comunicazioni e pubblicazioni di dati e di informazioni nel sito web spazio "Amministrazione Trasparente".

Nell'ambito del Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, viene previsto che la prevenzione della corruzione e la trasparenza devono costituire sempre un'area strategica dell'Azienda prevedendo un ulteriore obiettivo:

- *Potenziamento politiche di prevenzione della corruzione e di trasparenza e promozione di maggiori livelli di trasparenza anche con il rafforzamento della funzione di comunicazione e informazione istituzionale.*

Al fine di rafforzare il collegamento tra il Programma in materia di Anticorruzione e Trasparenza ed il Piano delle Performance viene previsto, nel sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa uno specifico parametro di valutazione delle strutture di livello dirigenziale e della struttura nel suo complesso, distinto dagli altri e corrispondente proprio al grado di attuazione del Programma in materia di Anticorruzione e Trasparenza , con riferimento alla realizzazione delle misure previste per l'anno oggetto di misurazione (misure di prevenzione e obblighi di trasparenza).

In particolare, per la struttura rappresenta un parametro fisso di valutazione *la prevenzione della corruzione e la trasparenza*, espresse ogni anno in termini di un outcome e del relativo indicatore.

Per le strutture di livello dirigenziale potrebbe essere inserito come parametro di valutazione *il grado di attuazione del programma triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza* riferito all'anno oggetto di valutazione

Ciascun Servizio/Struttura , in funzione del tipo di attività svolta, ha una più o meno elevata incidenza del parametro in questione nella valutazione.

Evidenziati i sopraesposti punti di raccordo, resta ferma la distinzione tra i tre strumenti

programmatori: quello relativo all'Anticorruzione, alla Trasparenza e alla Performance. I contenuti degli stessi, infatti, si sviluppano in maniera parallela: da un lato tutti gli elementi soggettivi e oggettivi per rendere l'azione amministrativa nel complesso orientata alla prevenzione della corruzione (con il monitoraggio e la gestione del rischio) e alla trasparenza (con l'indicazione dei tempi, delle responsabilità e dei flussi informativi per la pubblicazione); dall'altro tutti gli elementi soggettivi e oggettivi per rendere l'azione amministrativa efficiente ed efficace (con l'individuazione di obiettivi a carattere ordinario e a carattere specifico, delle risorse necessarie, delle responsabilità). Come chiarito, il coordinamento tra i tre strumenti di programmazione si traduce in termini qualitativi e quantitativi nella definizione di specifiche voci oggetto di valutazione delle strutture di livello dirigenziale che, attraverso opportune pesature e insieme ad altri distinti parametri (quali l'innovazione, la produttività, la modernizzazione ecc.), contribuiscono alla composizione del risultato finale.

Con cadenza annuale il Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza, sulla base di verifiche semestrali e delle rendicontazioni trasmesse entro il 30 novembre di ogni anno dai dirigenti, elaborano una relazione sul rispetto delle misure e degli adempimenti previsti nei programmi, recante i risultati dell'attività svolta e l'efficacia delle misure di prevenzione, redatta sulla base del modello predisposto annualmente dall'Anac e pubblicata sul sito web istituzionale. Ai fini della misurazione della performance l'OIV utilizza i risultati dei monitoraggi previsti nell'ambito degli strumenti di programmazione, la relazione predisposta dai Responsabili Anticorruzione e Trasparenza e le eventuali segnalazioni di inadempienza effettuate dagli stessi Responsabili.

Sulla base di eventuali osservazioni presentate dai dirigenti e del parere espresso dall'OIV i Piani si sono dimostrati negli anni perfettamente funzionali a realizzare quella forma di collegamento tra il Piano dell'Anticorruzione /Trasparenza e il Piano delle prestazioni, nella misura in cui prevedono l'incidenza del grado di attuazione delle misure di prevenzione sulla valutazione della Performance organizzativa delle strutture amministrative dell'Azienda.

Nell'ambito degli obiettivi strategici di trasparenza ed anticorruzione vengono programmati i seguenti obiettivi operativi ed azioni di miglioramento.

Nella tabella che segue si rappresenta il prospetto degli ulteriori obiettivi e delle azioni di miglioramento programmate per il triennio 2022/2024 e ricollegati all'obiettivo strategico di potenziamento politiche di prevenzione della corruzione e di trasparenza e promozione di maggiori livelli di trasparenza anche con il rafforzamento della funzione di comunicazione e informazione istituzionale.

| Obiettivo Strategico | Obiettivo operativo/azione di miglioramento |
|---|---|
| Potenziamento politiche di prevenzione della corruzione e di trasparenza e promozione di maggiori livelli di trasparenza anche con il rafforzamento della funzione di comunicazione e informazione istituzionale. | <p><u>Obiettivo operativo</u>: mappatura dei processi ultima annualità</p> <p><u>Obiettivo operativo</u>: adozione di una piattaforma gestionale informatica di mappatura dei processi e monitoraggio delle misure di anticorruzione e trasparenza</p> <p><u>Azione di miglioramento</u>: Il Piano digitale</p> |

Il Piano digitale

Il PIAO rappresenta un documento complesso a causa dell'eterogeneità dei contenuti e dei numerosi adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza ivi rappresentati e descritti; per tale motivo, allo scopo di agevolare la lettura e la comprensione del documento e, nel contempo, facilitare la ricerca delle informazioni e l'attuazione delle misure, si potrebbe offrire, attraverso la realizzazione del PIAO digitale, uno strumento di semplificazione per gli utenti

interni ed esterni all'amministrazione. Il Piano sarà rappresentato in formato digitale attraverso semplici schede sintetiche, aggiornate; cliccando su ogni singola scheda l'utente, in modo intuitivo e senza dover consultare l'intero documento, potrà accedere alle informazioni di dettaglio, (normativa di riferimento, provvedimenti attuativi, modulistica...) attraverso collegamenti ipertestuali contrassegnati da un diverso colore. Il Piano interattivo rappresenta una guida operativa, in formato digitale, uno strumento agile di lettura e conoscenza non solo per gli attuatori delle misure, ma anche per i cittadini e gli utenti esterni in generale.

Ruolo dell'Organismo Indipendente di Valutazione

L'O.I.V. verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che il Programma triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti aziendali di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

L'O.I.V. può richiedere ai R.P.C.T. aziendali le informazioni e documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

L'Organismo Indipendente di Valutazione utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza al fine della misurazione e valutazione della performance sia organizzativa, sia individuale dei R.P.C.T e dei Soggetti responsabili della trasmissione dei dati individuati nell' Allegato 1 del presente Piano.

L'O.I.V. riferisce, oltre che alla Direzione Generale, all'Autorità Nazionale Anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il coinvolgimento degli Stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento

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@aslcaserta1.it, e mettendo a disposizione una mail dedicata : trasparenza@aslcaserta.it per raccogliere suggerimenti e proposte per apportare modifiche 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 a 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.

2.4.3 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. In particolare, per le attività dei soggetti pubblici il trattamento:

1. è previsto dalla legge e dai regolamenti;
2. è effettuato nell'ambito delle proprie attività istituzionali e per il perseguimento delle finalità istituzionali, nel rispetto dei diritti degli interessati;
3. avviene previa informativa, che è sempre obbligatoria;
4. avviene con il consenso dell'interessato nei casi previsti dalla legge;
5. è effettuato dai soggetti autorizzati allo stesso (Titolare, Responsabile, Incaricato e Amministratori di Sistema);
6. è effettuato secondo misure tecniche, organizzative e procedurali che garantiscano la protezione dei dati dai rischi ai quali sono sottoposti durante il trattamento.

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:

1. utilizzo appropriato e conforme dei dati personali alle finalità istituzionali;
2. garantire che il trattamento sia effettuato dai soggetti autorizzati; - garantire una adeguata protezione dei dati ed il rispetto dei diritti degli interessati;
3. disporre di idonei strumenti per interventi autocorrettivi, al fine di prevenire comportamenti scorretti ed incorrere in sanzioni;
4. 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:

1. 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;
2. 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);
3. la Formazione con corsi FAD ed in aula;
4. l'Informativa semplificata e il modulo di consenso;
5. la Modulistica codificata e pubblicata in area documentale dell'Asl di Caserta;
6. la definizione delle modalità di gestione delle richieste e dei diritti degli interessati;

Pubblicazione di dati, informazioni e documenti non oggetto di obbligo di pubblicazione ("Dati ulteriori") -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 con sezioni dedicate all'"Emergenza COVID", ai "Vaccini Covid" e

agli "Screening".

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*

Per facilitare l'accesso degli utenti è stata creata una sezione "COME FARE PER" dove l'utente a secondo dei quesiti ed informazioni da acquisire ha un accesso facilitato.

Come fare per



Pronto Soccorso



Tessera sanitaria



CUP - Info e pagamenti

Vaccini



Ticket ed esenzioni



Educazione alla salute



Strutture Sanitarie



Servizi dell'ASL

Numeri Utili

Covid-19 (Coronavirus):

Numeri Utili

Ministero della Salute H24: 1500

Numero Verde: 800 90 96 99

Emergenze: 118

Numero verde CUP: 800 98 40 43

CUP (da cellulare): 0823.210545

Presidi Ospedalieri:

Aversa: 081.5001111

Maddaloni: 0823.400111

Marcianise: 0823.690611

Piedimonte Matese: 0823.54411

S. M. Capua Vetere: 0823.891111

Sessa Aurunca: 0823.934111

Contatti 📞 @



Autismo e A.B.A.



Riabilitazione



Dipendenze Patologiche



Modulistica



Assistenza all'estero



Stranieri e immigrati



Dipartimento di Prevenzione



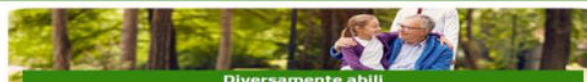
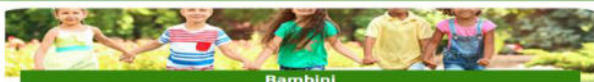
Donare gli organi

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.

Screening Oncologici



Dedicato a



Un'altra sezione "DEDICATO A" consente di raggruppare le informazioni per fasce di età, per professione etc.

Particolare attenzione viene posta nella esposizione delle informazioni della sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" costantemente aggiornata.

Attività COVID

Come nel 2020, anche nel 2021 la pandemia ha avuto un impatto più marcato su quei Processi/Attività dell'Azienda che prevedevano un intervento sul territorio o un ambito di operatività nei settori Sanitario, Socio- Sanitario e Sociale.

L'emergenza Covid-19 ha causato un reindirizzamento delle attività ordinarie erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e allo stesso tempo, si è verificato un incremento rilevante di richieste legate alla situazione emergenziale, cui l'Asl di Caserta ha risposto aumentando le attività di ascolto, con orientamento della domanda e regolamentazione dell'offerta (es. gestione dell'esecuzione dei tamponi naso-faringei).

Data la complessità delle attività di gestione dell'emergenza Covid, sulla home page del Sito aziendale è stata attivata una specifica sezione all'interno della quale sono state realizzate diverse sottosezioni finalizzate a dare la massima fruibilità alle principali procedure del "Contact Tracing" e delle "Vaccinazioni".

Inoltre l'Azienda ha messo a disposizione di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, Operatori Sanitari degli Spoke e Unità Operative di Prevenzione Collettiva (UOPC) un portale "Sani.ARP" all'interno del quale, nella sezione "COVID-19", per ogni utente oggetto del Contact Tracing (CT) è stata creata una specifica cartella informatizzata con tutta la storia clinica COVID (Richieste di Tamponi, esiti dei tamponi molecolari, esiti dei tamponi antigenici, riepilogo contatti giornalieri, riepilogo visite domiciliari, attestati di guarigione, vaccinazioni effettuate, dati sulle eventuali quarantene, eventuali infusione di anticorpi monoclonali, contatti giornalieri da parte del CT, anamnesi farmacologica etc.)

Attraverso questa sezione i Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, UOPC, operatori degli Spoke e USCA possono emettere richieste di Tamponi Molecolari e generare Attestati di guarigione.

Le richieste vengono validate a livello centrale secondo il rigoroso ordine cronologico visionabile da tutti i prescrittori e assegnati ai vari TEAM Tamponi. Quest'ultimi procedono alla somministrazione dei

tamponi evidenziando l'avvenuta esecuzione con un flag visibile da tutti. Per ogni richiesta è disponibile la data di effettuazione della richiesta, la motivazione della richiesta, la data proposta per l'esecuzione, la data della vidimazione ed il Team tamponi a cui è assegnato con la massima trasparenza. Analoga sezione del portale è stata dedicata alle Vaccinazioni Anti Covid "VAX-COVID-19" dove è disponibile la scheda vaccinale completa e tutte le fasi della vaccinazione. Al fine di rendere trasparente e di facile accesso la richiesta di vaccinazione sul portale aziendale è disponibile una sezione "Vaccini Covid" dove vengono fornite tutte le informazioni necessarie sugli Hub Vaccinali e le modalità di accesso con una specifica sezione per la richiesta di vaccinazione "ADESIONE VACCINAZIONI". E' stato infine attivato un Numero Verde Informativo per tutti i quesiti brevi riguardo i Vaccini Covid, nonché uno specifico indirizzo di posta elettronica per tutte le problematiche tipo green pass, mancate prenotazione vaccini, rinvio date vaccini.

[Accesso](#)

VacciniCovid19



Vaccini Anti COVID-19 COMUNICATO INFO VACCINI

Si informano tutti gli utenti che qualsiasi informazione/comunicazione/richiesta riguardante la campagna vaccinale COVID19 deve essere esclusivamente inviata alla mail: vaccinicoVID@ascaserta.it

Portale dell'Assistito

INSERIRE DATI

Verifica Iscrizione Vaccinazione

Scarica Certificato Vaccinazione

MARIO
Cognome/Surname: ROSSI
Codice Fiscale/TAX Code: P0147501011

Adesione Vaccino

NOTIZIE

Covid-19 - AVVISO PER I VACCINI

Stop al 'vaccino libero' alla Garibaldi: dal 6 dicembre dosi solo ai 'convocati'

Consentito l'accesso senza prenotazione solo a chi vorrà sottoporsi alla prima dose

Stop al 'vaccino libero' nell'hub della Brigata Bersaglieri Garibaldi di Caserta. A partire da lunedì 6 dicembre l'accesso al centro vaccinale nella Caserma Ferrari Orsi di via Laviano sarà consentito unicamente al personale convocato in giornata con una tolleranza dell'orario di convocazione di mezz'ora prima e mezz'ora dopo.

Resta invece consentito l'accesso senza prenotazione solo a chi vorrà sottoporsi alla prima dose di vaccino.

BAMBINI 5-11 ANNI

AVVISO IMPORTANTE

Si comunica che l'accesso ai Centri Vaccinali "Hub Pediatrico Iperion" e "Hub Pediatrico Medi" è consentito SOLO in seguito alla prenotazione sul Portale Regionale SINFONIA.

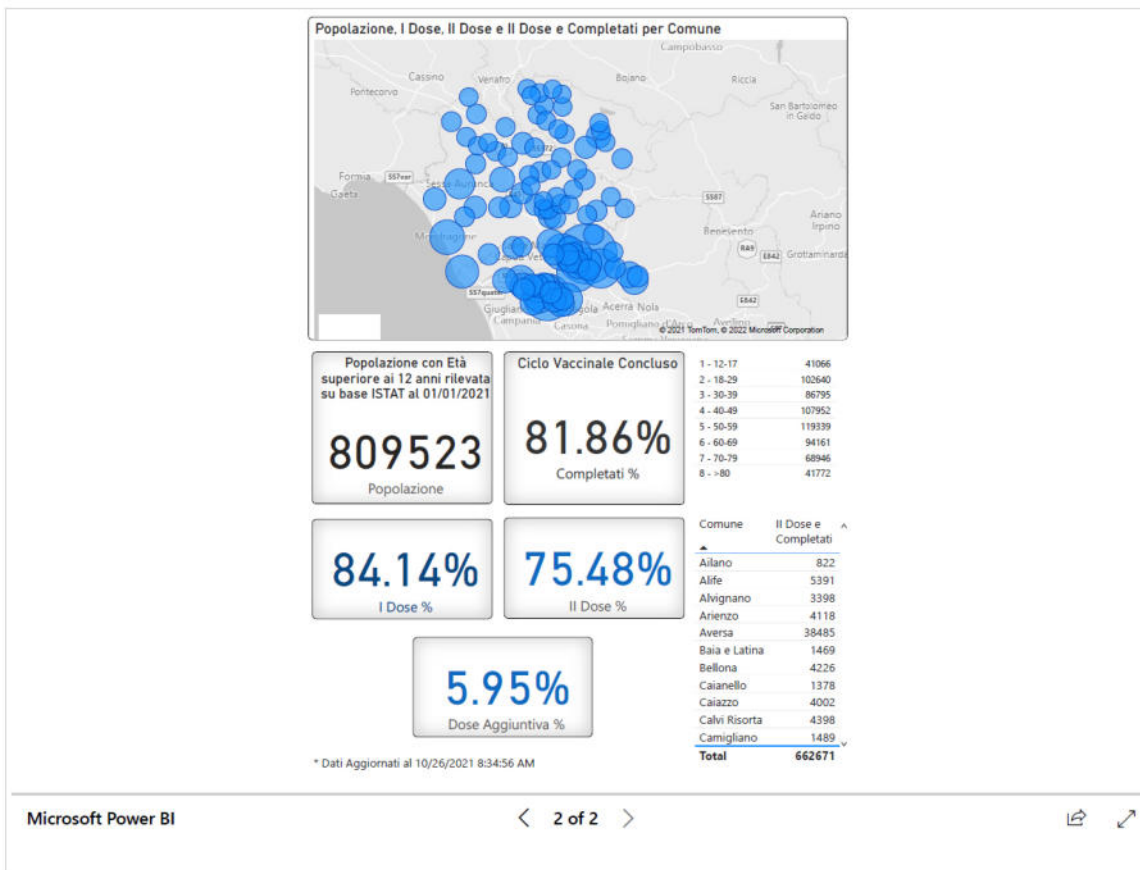
NON E' POSSIBILE L'ACCESSO SENZA PRENOTAZIONE

La Direzione Strategica

<https://adesionevaccinazioni.soresa.it>



Report Somministrazioni



Circolari Ministero della Salute

- [12/10/2021 - Aggiornamento delle indicazioni sulla somministrazione di dosi aggiuntivi e di dosi "booster" nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19. Estratto significativo della Nota - Nota Integrale](#)
- [02/10/2021 - Intervallo tra la somministrazione dei vaccini anti-SARS-CoV-2/COVID-19 e altri vaccini. Estratto significativo della Nota- Nota Integrale](#)
- [27/09/2021 - Avvio della somministrazione di dosi "booster" per OVER-80 e Ospiti RSA. Estratto significativo della Nota- Nota Integrale](#)
- [25/09/2021 - Proroga della validit  delle certificazioni di esenzione alla vaccinazione anti-COVID-19. Estratto significativo della Nota- Nota Integrale](#)
- [24/09/2021 - Raccomandazioni sulla vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 in gravidanza e allattamento. Estratto significativo della Nota- Nota Integrale](#)
- [14/09/2021 - Indicazioni preliminari sulla somministrazione di dosi aggiuntivi e di dosi "aggiuntivi" e "booster". Estratto significativo della Nota- Nota Integrale](#)
- [09/09/2021 - Chiarimenti in merito alla vaccinazione anti-COVID-19 in chi ha contratto un'infezione da SARS-CoV-2 successivamente alla somministrazione della prima dose di un vaccino con schedula vaccinale a due dosi. Estratto significativo della Nota- Nota Integrale](#)

Informazioni Utili

- [12/10/2021 - Circolare Ministero della Salute . Aggiornamento delle indicazioni sulla somministrazione di dosi aggiuntivi e di dosi "booster" nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19.](#)
- [10/09/2021 - Circolare Ministero della Salute . Chiarimenti in merito alla vaccinazione anti-COVID-19 in chi ha contratto un'infezione da SARS-CoV-2 successivamente alla somministrazione della prima dose di un vaccino con schedula vaccinale a due dosi.](#)
- [31/08/2021 - Percentuale vaccinati per Comune nella Provincia di Caserta](#)
- [06/08/2021 - Campagna di Sensibilizzazione: Col Vaccino Finalmente Liberi Tutti! \(video\)](#)
- [29/05/2021 - Whatsapp Vaccini Anti-COVID 19 - 333 4904899](#)
- [06/04/2021 - Linee Guida Registrazione Campagna vaccinale](#)
- [20/03/2021 - COVID-19 Chiarimento su adesione Categorie Fragili](#)

Publicazione 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, si procederà, laddove possibile, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti. (Allegato B art. 9 bis D.Lgs. 33/2013)

Le banche dati previste nell'allegato B articolo 9 bis D.lgs. 33/2013.

| | Nome della banca dati | Amm. che detiene la banca dati | Norma/e istitutiva/e della banca dati | Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013 |
|----|---|---------------------------------------|---|---|
| 1. | Perla PA | PCM-DFP | - Artt. 36, co. 3, e 53 del d.lgs. n. 165 del 2001; - art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012 | Art. 15 (titolari di incarichi di collaborazione o consulenza); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 18 (dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici) |
| 2. | SICO – Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche | MEF-RGS (IGOP) | Artt. 40- <i>bis</i> , 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); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa) |
| 3. | Archivio contratti del settore pubblico | ARAN CNEL | Artt. 40- <i>bis</i> , co. 5, e 47, co. 8, del d.lgs. n. 165 del 2001 | Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); 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-DT | - Art. 2, co. 222, della legge n. 191 del 2009; - 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); 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) |

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.

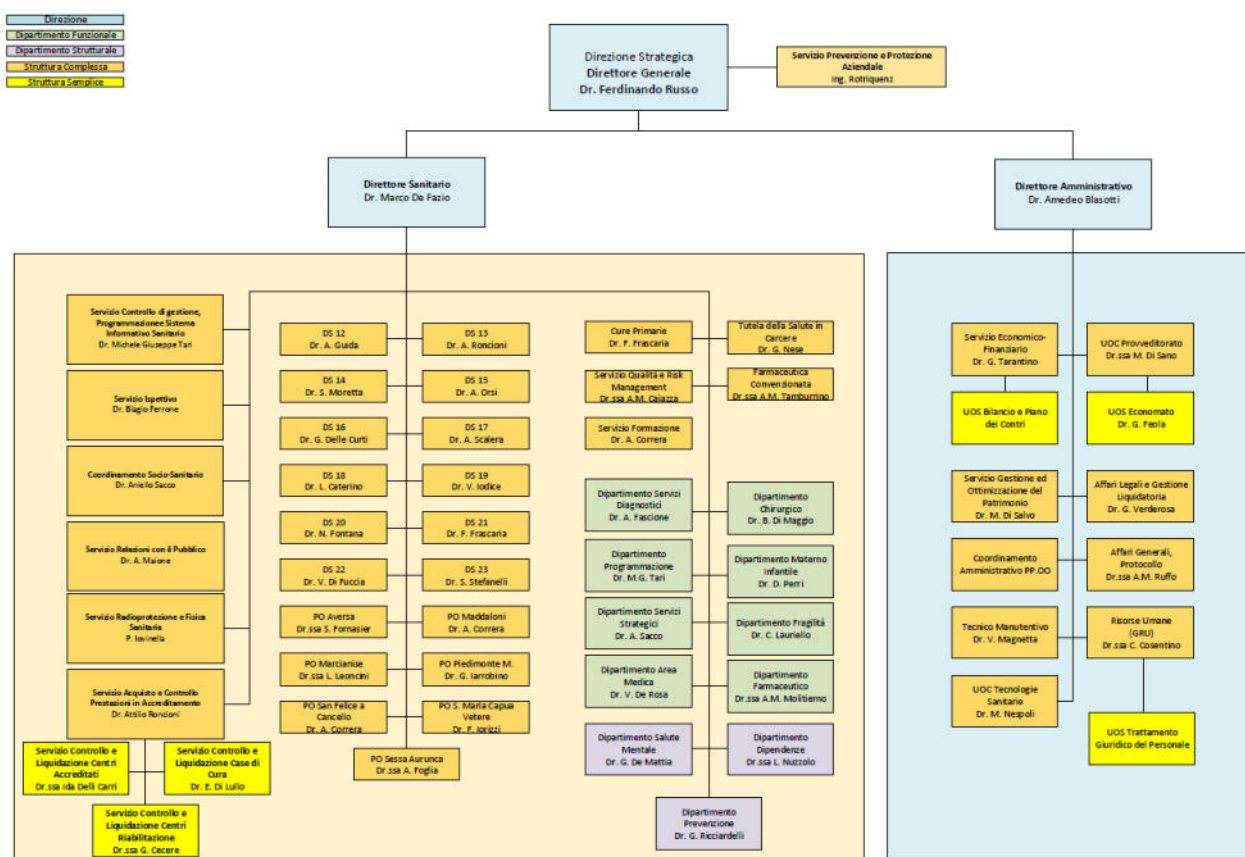
Sezione 3. Organizzazione e capitale umano

3.1 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 socio-sanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sottendono l'intero sistema.

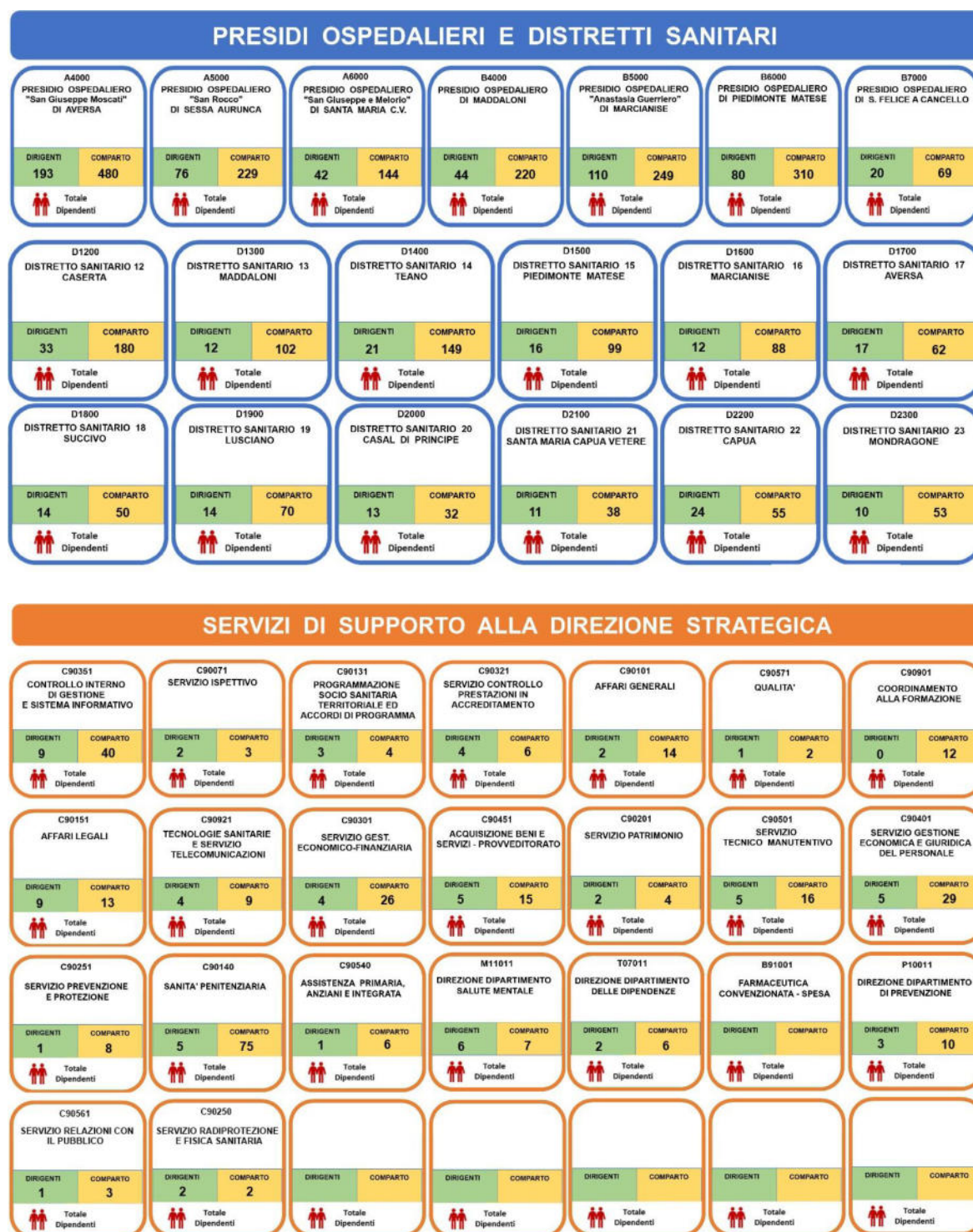


La Direzione Aziendale definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale è responsabile della pianificazione strategica.

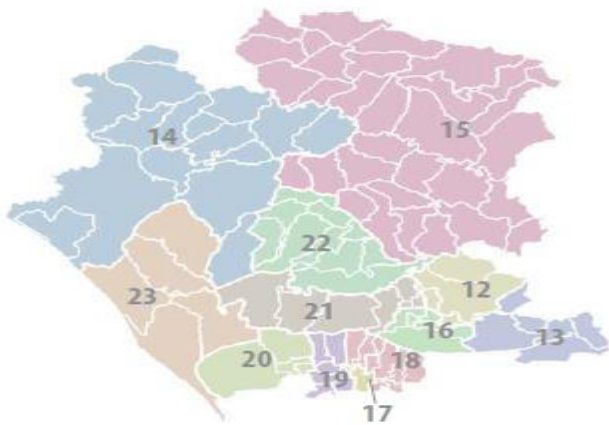
La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività annuale al raggiungimento degli obiettivi strategici ed è svolta dalle strutture organizzative funzionali di livello generale in base agli indirizzi della Direzione aziendale.

Tab. Organigramma



L'Azienda opera mediante 12 Distretti Sanitari

| Distretto | Sede di Distretto | Numero Comuni | Popolazione |
|--------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Distretto 12 | Caserta | 4 | 115.663 |
| Distretto 13 | Maddaloni | 6 | 83.603 |
| Distretto 14 | Teano | 16 | 76.577 |
| Distretto 15 | Piedimonte Matese | 31 | 72.454 |
| Distretto 16 | Marcianise | 6 | 82.622 |
| Distretto 17 | Aversa | 1 | 52.794 |
| Distretto 18 | Succivo | 8 | 103.295 |
| Distretto 19 | Lusciano | 6 | 77.542 |
| Distretto 20 | Casal di Principe | 4 | 54.400 |
| Distretto 21 | S. Maria Capua Vetere | 7 | 76.151 |
| Distretto 22 | Capua | 10 | 57.116 |
| Distretto 23 | Mondragone | 5 | 71.228 |
| Totale | | 104 | |



Nei 12 distretti sono allocate ad oggi:

- 12 UUOO di Assistenza Sanitaria di Base con 27 poliambulatori specialistici e 29 presidi di continuità assistenziale (CA) e 21 postazioni SAUT e 3 PSAUT;
- 12 UUOO di Assistenza Materno Infantile con 15 Consultori;
- 12 UUOO di ASS. Medicina Legale;
- 12 UUOO di ASS Riabilitativa con 6 palestre per FKT;
- 12 UUOO di Assistenza ADI.



Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Caserta sono 16, di seguito elencati. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di 421.523.

| Comune | Indirizzo | Numerazione |
|--------------------------|------------------------------|-------------|
| CASERTA | Via Unita' Italiana, 19 | 1 |
| MADDALONI | Via Caudina Parco Giuliana | 2 |
| TEANO | Viale Italia Palazzo Ex Inam | 3 |
| MIGNANO MONTE LUNGO | Piazza Don Pezzoli | 4 |
| PIEDIMONTE MATESE | Via Epitaffio | 5 |
| MARCIANISE | Piazza Carita' | 6 |
| AVERSA | Viale Europa N. 4/6 | 7 |
| SANT'ARPINO | Via De Gasperi 47 | 8 |
| ORTA DI ATELLA | Via S. Donato | 9 |
| TRENTOLA-DUCENTA | Via Circunvallazione | 10 |
| SAN CIPRIANO D'AVERSA | Via M. Buonarroti N. 60 | 11 |
| SANTA MARIA CAPUA VETERE | Via Mazzocchi Parco Zenit 5 | 12 |
| CAPUA | Via Mezza Appia 49 | 13 |
| CASTEL VOLTURNO | Via Marino Di Marzano 11 | 14 |
| MONDRAGONE | Via Degli Oleandri 79 | 15 |
| SESSA AURUNCA | Via Sessa Mignano | 16 |

| Ospedali | Posti letto attuali | P.L. decreto 49/2010 | Delta |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|-------------|
| Ospedale Maddaloni | 89 PL COVID | | |
| Ospedale Marcianise | 104 | 84 | +20 |
| Ospedale S. Felice | 46 | 80 | -34 |
| Ospedale Piedimonte M. | 144 | 156 | -12 |
| Ospedale Melorio S. Maria C. V. | 50 PL Covid | | |
| Ospedale S. Rocco Sessa Aurunca | 97 | 130 | -33 |
| Ospedale Moscati Aversa | 216 | 231 | -15 |
| Totali | 762 | 956 | -197 |

Con l'avvento della Pandemia i PPOO di Maddaloni e S Maria CV sono stati interamente convertiti a Presidi Covid con la seguente dotazione di posti letto:

| Presidio | P. Letto Totali | Terapia Intensiva | Sub Intensiva | Deg.Ord. a bassa int. |
|------------|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|
| Maddaloni | 89 | 15 | 40 | 34 |
| S Maria CV | 40 | 0 | 4 | 36 |

3.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i contratti, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto .

Piano organizzativo del lavoro agile programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di Attuazione e sviluppo

Nel corso del 2020 e del 2021, in applicazione dell'articolo 87 del D.L. 18/2020, e, quindi, della prima fase emergenziale è stato consentito al personale di poter usufruire della modalità "agile" della prestazione lavorativa.

Nella seconda fase, in applicazione dell'articolo 263 del D.L. 34/2020, l'organizzazione del lavoro agile ha consentito, fino al 50% del personale, di svolgere la propria attività in smart working anche facendo ricorso alla rotazione e alla possibilità di cambio temporaneo delle mansioni, così come previsto dall'articolo 52 del D.Lgs 165/2001.

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, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Modalità attuative

L'attuazione del lavoro agile all'interno dell'ASL di Caserta, deve rispondere alla finalità di permettere al personale dipendente di avvalersi di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera in modo da:

- a. introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, orientata a un incremento di produttività;
- b. creare le condizioni effettive per una maggiore autonomia e responsabilità dei lavoratori nella gestione dei tempi di lavoro e nel raggiungimento dei risultati;
- c. razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
- d. rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita, lavoro e famiglia in modo da realizzare un miglioramento della qualità del rapporto tra sfera professionale, personale e familiare;
- e. promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casalingo- casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

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 determinato.

L'accesso al lavoro agile avviene su richiesta individuale del dipendente.

I Dirigenti provvedono alla acquisizione delle istanze presentate e ammettono al lavoro agile tutti i dipendenti che possono svolgere una o più attività di quelle oggetto di lavoro agile.

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.

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 per alcuni giorni a settimana.

Per far fronte ad esigenze straordinarie l'organizzazione del lavoro agile può avvenire in forma flessibile, quindi, anche attraverso la concessione di più di due giornate a settimana.

La strumentazione tecnologica utilizzata è di proprietà del dipendente.

La concessione del lavoro agile deve avvenire garantendo il rispetto delle seguenti condizioni:

- i. l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- ii. 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.

Formazione

L'amministrazione provvede ad organizzare percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, sia attraverso corsi in presenza sia per il tramite di piattaforme di e-learning incentrati sul lavoro in modalità agile.

In funzione di obblighi specifici in materia di salute e sicurezza, le attività di formazione e informazione dei dipendenti in relazione alla salute e sicurezza sono integrate per quanto concerne i rischi connessi alla particolare modalità di svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro, alle modalità d'uso degli strumenti eventualmente forniti e al comportamento da tenere in caso di incidente.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile. individuazione del personale destinatario del lavoro agile

I dipendenti interessati possono presentare specifica domanda al proprio dirigente, corredata da un progetto individuale di durata annuale – ovvero dal 1 gennaio al 31 dicembre - definito per iscritto, d'intesa con il Dirigente del proprio Servizio, che ne approva contenuti e modalità attuative, in coerenza con le esigenze organizzative della struttura.

Accordo individuale

L'attivazione del lavoro agile subordinata alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente e il Dirigente del Settore cui quest'ultimo assegnato.

Copia dell'accordo individuale sottoscritto va inviata al Servizio Gestione Risorse Umane per la conservazione nel fascicolo personale del dipendente.

Nell'accordo sono specificati i contenuti 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 contattabilità telefonica e/o a mezzo posta elettronica. 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

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 contattabilità 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:

A) 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 contattabilità ;

B) 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 possibile interferenza 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.

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 Disciplina 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.

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.

Programma di sviluppo del lavoro agile

Il programma si pone l'obiettivo da un lato di incrementare la produttività agevolando la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, dall'altro di assicurare la regolare prestazione dei servizi ai cittadini, la continuità dell'azione amministrativa e la celere conclusione dei procedimenti.

Attraverso l'istituto del lavoro agile, l'Amministrazione intende perseguire i seguenti obiettivi:

1. promuovere l'utilizzo di strumenti digitali di comunicazione;
2. promuovere modalità innovative e flessibili di lavoro e, al tempo stesso, tali da salvaguardare il sistema delle relazioni personali e collettive proprie del suo contesto lavorativo;
3. facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti a cui, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
4. offrire un contributo alla riduzione del traffico legato al pendolarismo lavorativo e quindi anche delle fonti di inquinamento dell'ambiente nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e percorrenza;
5. promuovere modalità innovative che, in un'ottica di migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, contribuisca ad un innalzamento della produttività, ad una riduzione dell'assenteismo e ad un aumento della soddisfazione dei dipendenti;
6. promuovere una modalità che consenta all'Amministrazione una possibile razionalizzazione degli spazi fisici in un'ottica di riduzione dei costi.

Si prevede la Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile. L'Amministrazione definisce l'elenco delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile nelle diverse funzioni, servizi e uffici, anche tenendo conto del grado di digitalizzazione delle procedure in corso nei vari settori e processi e evidenziando le eventuali criticità incontrate e le possibili soluzioni. Il lavoro agile sembra essere destinato a sopravvivere anche al termine dell'emergenza.

A dimostrarlo, peraltro, l'entrata in vigore delle norme sullo smart working disciplinate dall'art. 1 del D. L. 30 aprile 2021, n. 56 (il cosiddetto "Decreto proroghe").

Il nuovo testo incoraggia la flessibilità organizzativa delle Pubbliche amministrazioni nel ricorso al lavoro agile, ancorandola non più alla soglia minima del 50% ma al rispetto dei principi di efficienza, efficacia e customer satisfaction.

A partire dal 2022, la norma conferma l'obbligo per le amministrazioni di adottare i Piani organizzativi del lavoro agile (Pola), riducendo dal 60% al 15% la misura minima di attività da svolgere in lavoro agile, aumentando la capacità organizzativa delle singole amministrazioni e prevedendo che in caso di mancata adozione del Pola il lavoro agile sia svolto da almeno il 15% del personale che ne faccia richiesta.

3.3 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 fatta, 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 giustizia della distribuzione delle risorse pubbliche, inoltre deve evidenziare un'equa redistribuzione della tassazione diretta ed indiretta.

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.

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.

Le donne nell'Asl Caserta

Tab. Dipendenti ASL al 31.12.2020 (totale 4.426) al 31/12/2022 (4.553)

| | | | | |
|--------------------|-------|---------|-------|--------|
| Dipendenti Maschi | 2.255 | 50,95 % | 2.275 | 49,96% |
| Dipendenti Femmine | 2.197 | 49,05 % | 2.278 | 50,03% |

Lievemente invertita la percentuale rispetto al 2020 con lieve prevalenza delle donne (50,03%)

Tab. Collaboratori/contrattisti

| | | Al 31/12/2020 | | Al 31/12/21 |
|---------------|------------|---------------|------------|-------------|
| Totale | 329 | | 292 | |
| Maschi | 109 | 33,13% | 103 | 35,27% |
| Femmine | 220 | 66,87% | 189 | 64,70% |

Nel 2021 si conferma la netta prevalenza delle donne tra i collaboratori (66,87% le donne); In merito alla proporzioni tra dirigenti si registra una significativa variazione a vantaggio delle donne che passano dal 32,67% al 40,49% nel 2021.

Tab. Dirigenti ASL al 31.12.2016; al 31.12.2020; al 31.12.2021

| | | | | | | |
|-------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| Dirigenti Maschi | 841 | 67,03% | 766 | 61,08% | 732 | 59,50% |
| Dirigenti Femmine | 408 | 32,67% | 488 | 38,92% | 498 | 40,49% |

Forte prevalenza del sesso maschile tra le strutture complesse (70,76) rispetto al 29,23 % delle donne.

Invece lieve prevalenze del sesso femminile (50,78%) tra le posizioni organizzative con una significativa inversione rispetto al 2016.

Tab. Posizioni organizzative (171)

| | | 31/12/2016 | | 31/12/2020 | 85 | 31/12/2021 |
|---------|----|------------|----|------------|----|------------|
| Maschi | 92 | 53,80% | 63 | 49,22% | 40 | 47,05% |
| Femmine | 79 | 46,20% | 65 | 50,78% | 45 | 52,94% |

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.

Infatti su 642 Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta le donne nel 2021 sono 216 pari al 33,64%.

Discreta anche la percentuale di donne tra gli specialisti ambulatoriali 145(42,77%) rispetto ai maschi 194 (57,22%).

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 accoglie 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'équipe 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 ed erogazione dei servizi.

- 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.

3.4 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale

Gli elementi della sottosezione sono:

7. rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente;
8. programmazione strategica delle risorse umane;
9. obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse;
10. modifica della distribuzione del personale fra servizi/settori/aree;
11. modifica del personale in termini di livello/inquadramento;
12. strategia di copertura del fabbisogno;
13. 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:

14. 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);
15. 30 ottobre 2014, n. 161, in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero;
16. 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";
17. DCA n. 67/2016, avente ad oggetto "Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania";
18. Metodo ministeriale per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero del 13/12/2017;
19. 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";
20. 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:

21. 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;
22. la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
23. 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 "metabolismo minimo", ovvero il fabbisogno di funzionamento: la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio. Il concetto di "metabolismo 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 | Pediatria |
| 7 | Salute Mentale |
| 8 | Riabilitativa |

A completamento, per quanto di riferimento al Personale da destinare all'assistenza distrettuale e della prevenzione, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale 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, ciascuna Azienda dovrà tenere 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 avverrà sulla base dei modelli ministeriali registrati su piattaforma NSIS; nello specifico si farà riferimento ai modelli STS e RIA.

Variazione dell'organico in funzione dello stato di avanzamento delle procedure

Tenendo in considerazione le norme e gli indirizzi noti, oltre che le criticità derivanti dalla gestione dell'emergenza da Covid-19, anche in termini di espletamento di procedure concorsuali, l'ASL Caserta ha già avviato, in attuazione del Piano 2021-2023 (autorizzato), le seguenti iniziative in tema di reclutamento di personale a tempo indeterminato:

| | | |
|--|-------|------------|
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Medici di Nefrologia - Pubblicato nel B.U.R.C. n. 12 del 12/02/2018 e, per estratto nella G.U.R.I. IV serie speciale n. 21 del 13/03/2018 | 6628 | 12/04/2018 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Urologia - Pubblicato nel B.U.R.C. n. 12 del 12/02/2018 e, per estratto nella G.U.R.I. IV serie speciale n. 21 del 13/03/2018 | 6629 | 12/04/2018 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Dirigenti Medici di Geriatria. | 9129 | 27/12/2018 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Dirigenti Medici di Medicina Fisica e Riabilitazione | 10568 | 04/03/2019 |

| | | |
|---|-------|------------|
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 posti di CPS Educatori Professionali, ctg. "D" riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | 14942 | 14/10/2019 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 6 posti di Dirigente Medico di Geriatria riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | 15020 | 14/10/2019 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Biologo di Patologia Clinica/altra disciplina riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | 15046 | 14/10/2019 |
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di Dirigenti Sociologi riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. | 15047 | 14/10/2019 |
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 CPS Tecnici Audiometristi, ctg. "D" | 15356 | 04/11/2019 |
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 65 Operatori Socio Sanitari, livello economico "Bs" | 17540 | 24/02/2020 |
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 7 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale | 18349 | 26/03/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di CPS Infermiere Pediatrico Ctg "D" 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) | 18448 | 26/03/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 6 posti di CPS Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro Ctg "D" 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) | 18451 | 26/03/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di 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) | 18456 | 26/03/2020 |
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato, di n. 12 Dirigenti Psicologi di Psicologia Clinica/Psicoterapia. | 18851 | 16/04/2020 |
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato, di n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica/altra disciplina | 18852 | 16/04/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 posti di CPS Infermiere Pediatrico, ctg. "D" riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017, come modificato, per la sola lettera b), dal comma 11-bis, inserito dall'art. 1, comma 466, Legge 160/2019 | 18871 | 16/04/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico di Scienza dell'Alimentazione e Dietetica, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017, come modificato, per la sola lettera b), dal comma 11-bis, inserito dall'art. 1, comma 466, Legge 160/2019. | 18873 | 16/04/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 100 CPS INFERMIERI, ctg. D | 19647 | 25/06/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 10 CPS Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, ctg. "D"; | 19698 | 25/06/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 CPS Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, ctg. "D" | 19722 | 25/06/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 CPS Terapisti Occupazionali, ctg. "D" | 19723 | 25/06/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 CPS Logopedisti, ctg. "D" | 19729 | 25/06/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 CPS Educatori Professionali, ctg. "D" | 19730 | 25/06/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 12 CPS Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, ctg. "D" | 19733 | 25/06/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 CP Assistenti Sociali, ctg. "D" | 19741 | 25/06/2020 |

| | | |
|--|-------|------------|
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Neurologia. | 20151 | 16/07/2020 |
| Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato, di n. 2 Dirigenti Odontoiatri di Odontoiatria | 20152 | 16/07/2020 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 7 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica. | 29457 | 08/07/2021 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 8 Dirigenti Medici di Oncologia. | 29458 | 08/07/2021 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 8 Dirigenti Medici di Cardiologia. | 29460 | 08/07/2021 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 10 Dirigenti Medici di Medicina Interna. | 29461 | 08/07/2021 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti di Anatomia Patologica. | 30916 | 25/10/2021 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica, per la U.O.S.D. "Fisiopatologia della Riproduzione". | 29868 | 11/11/2021 |
| Avviso interno, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi di funzione al personale del Comparto del ruolo sanitario e dei profili di Collaboratore Professionale Assistente Sociale e di Collaboratore Professionale Assistente Sociale Senior. | 34804 | 16/02/2022 |
| Avviso interno, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi di funzione al personale del Comparto dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale. | 34805 | 16/02/2022 |
| Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n. 5 Assistenti Tecnici Geometri, ctg. "C". | 35416 | 24/02/2022 |
| Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Assistenti Tecnici Geometri, ctg. "C". | 35481 | 24/02/2022 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 Dirigenti Medici di Ematologia. | 34980 | 28/02/2022 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia. | 34981 | 28/02/2022 |
| Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro. | 34982 | 17/03/2022 |
| Avviso Pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n.4 CPS Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, ctg. "D" | 36344 | 17/03/2022 |
| Avviso Pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n.5 CP Assistenti Sociali, ctg. "D" | 36345 | 17/03/2022 |
| Avviso Pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n.4 CPS Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, ctg. "D" | 36346 | 17/03/2022 |
| Avviso Pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n.4 CPS Terapisti Occupazionali, ctg. "D" | 36347 | 17/03/2022 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, disciplina di Psichiatria, per la UOSM Distretti Sanitari 17 e 18 | | 24/06/2021 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Geriatria del Presidio Ospedaliero di San Felice a Cancello | | 11/11/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Ematologia del Presidio Ospedaliero di Aversa | | 11/11/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Aversa | | 11/11/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Marcianise | | 11/11/2019 |

| | | |
|--|--|------------|
| Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, per l'uoc monitoraggio rischio ambientale e registro tumori del dipartimento di prevenzione | | 06/05/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, per l'uoc servizio epidemiologia e prevenzione del dipartimento di prevenzione | | 06/05/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze - Ser D. Caserta | | 06/05/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze - Ser D. Marcianise | | 06/05/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze - Ser D. Piedimonte Matese | | 06/05/2019 |
| Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze - Dipendenze Comportamentali | | 06/05/2019 |

Consistenza dell'organico al 31.12.2021

Tenendo conto di quanto sopra indicato, in ordine alle attività perfezionate e non perfezionate, rispetto al precedente FPT 2021/2023 al 31.12.2021, nella tabella 2, di seguito riportata, è indicato l'organico alla medesima data.

| Periodo di rilevazione (valori in migliaia di euro) | 01/01/2021 - 31/12/2021 | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------|--|
| | Totale presenti al 31.12.2020 (A) | Assunti al 31.12.2021 (B) | Cessati al 31.12.2021 © | Totale presenti al 31.12.2021 (1)= (A)+(B)-(C) |
| Personale dipendente a tempo indeterminato | 4.197 | 441 | 439 | 4.199 |
| - Medici | 1076 | 90 | 104 | 1.062 |
| - Dirigenti non medici | 142 | 44 | 16 | 170 |
| - Personale non dirigente | 2978 | 307 | 319 | 2.966 |
| - Personale contrattista | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Personale a tempo determinato | 219 | 587 | 265 | 541 |
| Totale | | | | 4.740 |

Consistenza organica al 30.03.2022

| Ruolo | Qualifica | Tot |
|----------------|--------------------------------|-------------|
| Sanitario | Dirigente Medico | 937 |
| Sanitario | Dirigente Veterinario | 202 |
| Sanitario | Dirigente Sanitario non medico | 108 |
| Sanitario | Operatori Sanitari Infermieri | 2235 |
| Sanitario | Tecnici Sanitari | 246 |
| Sanitario | Pers.Vigilanza ed ispezione | 67 |
| Professionale | Dirigenza | 19 |
| Tecnico | Dirigenza | 13 |
| Tecnico | Comparto | 298 |
| Tecnico | OSS | 247 |
| Tecnico | Ausiliario Specializzato | 20 |
| Amministrativo | Dirigenza | 31 |
| Amministrativo | Comparto | 581 |
| Totale | | 5004 |

Costi del personale al 31.12.2021

| <i>(valori in euro)</i> | Totale presenti al 31.02.2021 (1) | Spese per competenze fisse e accessorie (2) | IRAP (3) | Spese per contributi a carico dell'azienda (4) | Altre voci di spesa (5) | Totale (6) = (2)+(3)+(4) + (5) | di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7) | Totale al netto dei rinnovi (8) = (6) - (7) |
|---|-----------------------------------|---|---------------|--|-------------------------|--------------------------------|---|---|
| Personale dipendente a tempo indeterminato | 4.199 | 202.525 | 17.071 | 52.738 | 5.309 | 277.643 | 48.244 | 229.399 |
| - Medici | 1.062 | 89.359 | 7.627 | 23.802 | 1.871 | 122.659 | 22.065 | 100.594 |
| - Dirigenti non medici | 170 | 11.014 | 853 | 2.807 | 133 | 14.807 | 1.942 | 12.865 |
| - Personale non dirigente | 2.966 | 102.128 | 8.589 | 26.126 | 3.305 | 140.148 | 24.237 | 115.911 |
| - Personale contrattista | 1 | 24 | 2 | 3 | - | 29 | | 29 |
| Personale a tempo determinato | 541 | 14.519 | 910 | 4.192 | 443 | 20.064 | | 20.064 |
| Totale | 4.740 | 217.044 | 17.981 | 56.930 | 5.752 | 297.708 | 48.244 | 249.464 |

Cessazioni anno 2021

| Cessazioni anno 2021 | |
|--|------------|
| Qualifica | Numero |
| Assistente Amm.vo | 22 |
| Assistente Tecnico | 3 |
| Ausiliario specializzato | 11 |
| Coadiutore Amm.vo | 10 |
| Coadiutore Amm.vo Senior | 1 |
| Coll. Amministrativo Prof.le | 17 |
| Coll. Amministrativo Prof.le Senior | 12 |
| Coll. Prof. Assistente Sociale | 4 |
| Coll. Prof. Assistente Sociale Senior | 1 |
| Coll. Prof. Sanitario Fisioterapista | 5 |
| Coll. Prof. Sanitario Infermiere | 68 |
| Coll. Prof. Sanitario Infermiere Pediatrico | 10 |
| Coll. Prof. Sanitario Ostetrica | 5 |
| Coll. Prof. Sanitario Sen. Tec. San. Lab. Bio. | 1 |
| Coll. Prof. Sanitario Senior Fisioterapista | 3 |
| Coll. Prof. Sanitario Senior Infermiere | 8 |
| Coll. Prof. Sanitario Senior Tec. Prev. A.L. | 1 |
| Coll. Prof. Sanitario Tec. Prev. A.L. | 16 |
| Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Lab. Bio. | 2 |
| Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Rad. Med. | 8 |
| Coll. Tecnico Prof.le | 2 |
| Commesso | 3 |
| Dir. Amm.vo < 5 anni | 2 |
| Dir. Avvocato I Liv. < 5 anni | 2 |
| Dir. Biologo I Liv. < 5 anni | 6 |
| Dir. Farmacista I Liv. < 5 anni | 1 |
| Dir. Ingegnare I Liv. < 5 anni | 1 |
| Dir. Med. I Liv. < 5 anni | 93 |
| Dir. Psicologo I Liv. Ex 10 | 1 |
| Dir. Sociologo I Liv. Ex 9° Equip. | 1 |
| Dir. Sociologo ISC | 1 |
| Dir. Vet. I Liv. | 11 |
| Infermiere Generico Senior | 14 |
| Operatore Socio Sanitario | 53 |
| Operatore Tecnico | 7 |
| Operatore Tecnico Specializzato | 16 |
| Programmatore | 2 |
| Puericultrice Senior | 14 |
| TOTALE | 438 |

| ASSUNZIONI 2021 | | |
|---|---------------|---|
| Qualifica | Numero | Ruolo |
| Coll. Prof. Sanitario Infermiere | 130 | Ruolo Sanitario Comparto |
| Coll. Prof. Sanitario Ostetrica | 7 | |
| Coll. Prof. Sanitario Tec. Prev. A.L. | 6 | |
| Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Lab. Bio. | 6 | |
| Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Rad. Med. | 11 | |
| Dirigente Amm.vo | 21 | Ruolo Amministrativo Dirigenti |
| Coll. Amministrativo Prof.le | 79 | Ruolo Amministrativo Comparto |
| Dirigente Avvocato | 9 | Ruolo Professionale Dirigenti |
| Dirigente Biologo | 1 | Ruolo Sanitario non Medico |
| Dirigente Farmacista | 13 | |
| Dirigente Medico | 55 | Ruolo Sanitario Dirigenza Medica e Vet. |
| Dirigente Medico ISC Medicina | 1 | |
| Dirigente Veterinario | 33 | |
| Dirigente Veterinario ISC | 1 | |
| Assistente Tecnico | 4 | Ruolo Tecnico Comparto |
| Coll. Tecnico Prof.le | 4 | |
| Operatore Socio Sanitario | 35 | |
| Operatore Tecnico Specializzato | 1 | |
| Programmatore | 23 | |
| TOTALE | 440 | |

Cessazioni programmate per il triennio 2022-2024

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 2022-2023, in base alla normativa in vigore, risultano attualmente pari a n.444 , come di seguito indicate:

Per il 2022 - e per il 2023

| ELENCO DIPENDENTI CHE PROBABILMENTE CESSANO NELL'ANNO 2022 | |
|---|---------------|
| <i>Redatto in data 11 aprile 2022</i> | |
| Qualifica | Numero |
| Dirigente biologo | 3 |
| Dirigente medico | 60 |
| Dirigente psicologo | 3 |
| Dirigente sociologo | 3 |
| Dirigente veterinario | 4 |
| Dirigente amministrativo | 2 |
| Dirigente farmacista | 3 |
| Assistente amministrativo | 16 |
| Assistente sociale | 2 |
| Ausiliario specializzato | 4 |
| Autista | 1 |
| Coadiutore amministrativo | 6 |
| Collaboratore amministrativo professionale | 21 |
| Collaboratore amministrativo senior | 3 |
| Collaboratore tecnico | 1 |
| Dietista | 1 |
| Fisioterapista | 8 |
| Infermiere | 66 |
| Operatore tecnico specializzato | 9 |
| Operatore socio sanitario | 23 |

| | |
|------------------------------|------------|
| Puericultrice | 8 |
| Operatore tecnico | 8 |
| Operatore tecnico assistenza | 1 |
| Ostetrica | 3 |
| Tecnico della prevenzione | 3 |
| Tecnico laboratorio | 2 |
| Tecnico di radiologia | 2 |
| TOTALE | 266 |

| ELENCO DIPENDENTI CHE PROBABILMENTE CESSANO NELL'ANNO 2023 | |
|---|---------------|
| <i>Redatto in data 11 aprile 2022</i> | |
| Qualifica | Numero |
| Dirigente biologo | 1 |
| Dirigente medico | 88 |
| Dirigente psicologo | 2 |
| Dirigente sociologo | 2 |
| Dirigente veterinario | 9 |
| Assistente amministrativo | 8 |
| Assistente tecnico | 1 |
| Coadiutore amministrativo | 5 |
| Collaboratore amministrativo professionale | 2 |
| Collaboratore amministrativo senior | 3 |
| Fisioterapista | 6 |
| Infermiere | 17 |
| Operatore tecnico specializzato | 7 |
| Operatore socio sanitario | 18 |
| Ostetrica | 2 |
| Tecnico della prevenzione | 1 |
| Tecnico di radiologia | 6 |
| TOTALE | 178 |

Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2021-2023

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 "Presca d'atto DGRC 424 del 5.10.2021 -Adozione in via definitiva del PTFP 2020-2022.

Piano dei Fabbisogni 2021-2023 Elaborato sulla base delle indicazioni regionali ed in corso di adozione per l'approvazione Regionale.

FABBISOGNO

(Tabella "A FABBISOGNO SINTESI 2021-2023")

| ASL CASERTA | PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2020 | DELIBERAZIONE REGIONALE n. 593 del 22/12/2020 - METODOLOGIA FABBISOGNO | FABBISOGNO 2021-2022-2023 | Dotazione e fabbisogno Sanità Penitenziaria | DELIBERAZIONE REGIONALE n. 593 del 22/12/2020 - METODOLOGIA FABBISOGNO + Sanità Penitenziaria | Piano di Potenziamento Territoriale | FABBISOGNO 2021-2022-2023 + Sanità Penitenziaria + Piano di Potenziamento Regionale | PTFP (Assunti) 2021 | PTFP 2022 | PTFP 2023 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---------------------|------------|------------|
| RUOLO SANITARIO | 3399 | 4394 | 995 | 288 | 4682 | 112 | 1395 | 264 | 849 | 282 |
| Dirigenti Medici/Veterinari | 1105 | 1471 | 366 | 75 | 1546 | 62 | 503 | 90 | 310 | 103 |
| Dirigenti Sanitari | 101 | 116 | 15 | 36 | 152 | 0 | 51 | 14 | 28 | 9 |
| Personale del comparto area sanitaria | 2193 | 2807 | 614 | 177 | 2984 | 50 | 841 | 160 | 511 | 170 |
| RUOLO TECNICO | 568 | 795 | 227 | 82 | 877 | 15 | 324 | 67 | 194 | 63 |
| Dirigenti | 17 | 37 | 20 | 6 | 43 | 0 | 26 | 0 | 20 | 6 |
| Personale del comparto area tecnica | 551 | 758 | 207 | 76 | 834 | 15 | 298 | 67 | 174 | 57 |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| RUOLO PROFESSIONALE | 11 | 43 | 32 | 0 | 43 | 0 | 32 | 9 | 13 | 10 |
| Dirigenti | 11 | 25 | 14 | 0 | 25 | 0 | 14 | 9 | 4 | 1 |
| Personale del comparto area professionale | 0 | 18 | 18 | 0 | 18 | 0 | 18 | 0 | 9 | 9 |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 438 | 785 | 347 | 10 | 795 | 0 | 357 | 100 | 257 | 0 |
| Dirigenti | 13 | 35 | 22 | 1 | 36 | 0 | 23 | 21 | 2 | 0 |
| Personale del comparto area amministrativa | 425 | 750 | 325 | 9 | 759 | 0 | 334 | 79 | 255 | 0 |
| TOTALE | 4416 | 6017 | 1601 | 380 | 6397 | 127 | 2108 | 440 | 1313 | 355 |

3.5 Sottosezione di programmazione - Formazione del Personale

Le proposte formative sono redatte in coerenza con gli obiettivi formativi annuali e pluriennali che il PIAO fissa).

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|--|
| COORDINAMENTO ADI | IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLE CURE DOMICILIARI | Intervenire nel processo di accettazione della diagnosi e strutturazione di nuovi equilibri da parte del soggetto fragile e del suo caregiver, e sulle dinamiche cognitive, emotive e comportamentali degli operatori sanitari che fanno parte dell'equipe di cura, prevenendo il burnout. | Studio e analisi di documenti relativi all'indicazione dei fabbisogni, per valutare criticità ed eventuali profili virtuosi. | Psicologi, Medici, Fisioterapisti, Infermieri, Assistenti sociali |
| SERVIZIO QUALITA' E RISK MANAGEMENT | FONDAMENTI DI RISK MANAGEMENT IN SANITA': GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO | Aggiornamento dei principi di base sulla Gestione del Rischio, l'approccio sistemico e delle principali tipologie di errore e di evento avverso. | Fornire elementi operativi che consentano agli operatori di conciliare la migliore cura attraverso interventi mirati alla riduzione degli errori e alla gestione del rischio clinico. | Dirigenti Medici e personale del Comparto dei PPOO e dei Distretti Sanitari |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | LE ATTIVITA' DI VIGILANZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: APPLICAZIONE DELLE NORME E MODALITA' OPERATIVE | Rendere il personale operante nei servizi dell'area della salute e sicurezza sul lavoro competente sulle tematiche dei rischi emergenti a cui possono essere esposti. | Aggiornare il personale UPG e dell'area della prevenzione al rischio relativo a stress lavoro correlato, movimenti ripetitivi e movimentazione manuale dei carichi, esposizioni a campi elettromagnetici, rischio da radon alla luce della direttiva europea 2013/59/euratom e legge Regionale 16/19. | Dirigenti Medici Tecnici della Prevenzione, Biologi |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | VALUTAZIONE DEI RISCHI, PROCESSI, MACCHINE E IMPIANTI NEL CONTESTO DELLA TERRA DEI FUOCHI: IL CONTROLLO DEL SETTORE AGRICOLO E DELL'ALLEVAMENTO DA PARTE DEGLI OPERATORI DI PREVENZIONE. | Alla luce dell'emergenza degli infortuni nel settore agricolo e dell'allevamento, uniformare le conoscenze rispetto ai rischi previsti nel settore agricolo e dell'allevamento superando le pertinenze di settore. | Confronto tra gli operatori di vigilanza del settore agricolo e dell'allevamento per aumentare la percezione della necessità della sicurezza nei rispettivi settori. | Dirigenti Medici, Dirigenti Medici Veterinari, Tecnici della Prevenzione |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | I CONTROLLI UFFICIALI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA ALLA LUCE DEI NUOVI REGOLAMENTI COMUNITARI E NAZIONALI | Il D.lgs. 27/2021 e il D. Lgs. 32/2021 del febbraio 2021 recepiscono i dettami dei Regolamenti comunitari di esecuzione e del Regolamento UE 2016/429 per le attività relative ai controlli in ambito di alimenti, mangimi, malattie animali trasmissibili, salute e benessere degli animali, sanità delle piante e prodotti fitosanitari. | Adeguamento delle procedure e delle prassi adottate dall'Autorità competente nella vigilanza sulla sicurezza in ambito veterinario. | Dirigenti Medici, Dirigenti Veterinari, Biologi e Tecnici della Prevenzione |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|--|
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | IL CANTIERE EDILE: EMERGENZA INFORTUNI DA CADUTE DALL'ALTRO. SOGGETTI OBBLIGATI, RESPONSABILI DELLA SICUREZZA E RISCHI CONNESSI | Rafforzare le competenze del personale U.P.G. operante sul territorio, con particolare riguardo ai Tecnici di Prevenzione specificamente impegnati nelle indagini per infortunio sul lavoro. Implementare le conoscenze di tutti i TPALL del Dipartimento di Prevenzione in ordine alle tematiche della sicurezza nei cantieri edili. | Aggiornare le figure professionali del settore in relazione a impianti e attrezzature e relative verifiche nei cantieri edili anche in materia di rischi da esposizione al fine di una migliore definizione dell'insorgenza delle malattie professionali. | Dirigenti Medici, Dirigenti Medici del Lavoro, Biologi, Tecnici della Prevenzione, Collaboratori Tecnico-Professionali |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO: PROCEDURE E OPERATIVITA' PER L'ATTUAZIONE DELLE NORME IN VIGORE | Garantire la responsabile partecipazione degli operatori del Dipartimento di Prevenzione ed uniformare le procedure e ridurre la tempistica delle risposte alle richieste di erogazioni prestazionali che pervengono dai vari stakeholder presenti sul territorio. | Fornire adeguato aggiornamento formativo per l'implementazione delle competenze finalizzate all'applicazione delle normative subentrate negli ultimi anni. | Operatori della Prevenzione |
| DIPARTIMENTO DEI SERVIZI STRATEGICI | GLI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA | Rafforzare le competenze e le conoscenze delle procedure e dei percorsi del sistema Sociosanitario territoriale, migliorando il dialogo tra i soggetti coinvolti, senza trascurare il ruolo delle parti sociali e dei cogestori. Migliorare l'utilizzo degli strumenti di rendicontazione. Condivisione percorsi assistenza stranieri non in regola con le norme di ingresso in Italia. | Fornire conoscenze nel campo delle attività che consentono l'accesso unitario alle prestazioni Sociosanitarie previste dai LEA soprattutto al personale di recente inserimento e alla luce delle nuove emergenze anche per STP. | Personale di ruolo, convenzionato o a contratto occupato nel settore sociosanitario |
| DSM | DIALOGO APERTO E PRATICHE DIALOGICHE IN SALUTE MENTALE | Acquisire capacità di dialogo aperto non come tecnica ma come stile di vita, utilizzando la formazione come processo esperienziale che implica la sinergia tra teoria e prassi. | Acquisire conoscenza di base dei principi dialogici applicati nei contesti di cura; consapevolezza delle implicazioni dell'approccio dialogico nella relazione terapeutica; dimensione dialogica nella propria prassi come una dimensione di resilienza di cui aver cura; visione interdipendente dei determinanti di salute e del ruolo e responsabilità degli operatori nel rinforzare i fattori protettivi e promozionali della salute. | Psichiatri, Psicologi, Sociologi, CPSI Educatori, Tecnici della Riabilitazione e assistenti Sociali |
| DSM | LA VALUTAZIONE DEGLI STATI MENTALI A RISCHIO: CONCETTI, COSTRUTTI E STRUMENTI OPERATIVI | Approfondire le conoscenze sull'assessment e la gestione dei pazienti ad alto rischio di psicosi o all'esordio; fornire update sulle terapie farmacologiche e psicosociali coerenti con le linee guida più accreditate, e le strategie per il governo clinico dei pazienti psicotici all'esordio. | Familiarizzazione con i concetti sottesi alle attuali strategie Early detection degli stati mentali a rischio e acquisizione del bagaglio di competenze necessarie ad avviarne l'implementazione nella realtà dei servizi di salute mentale. | Psichiatri, Psicologi |
| DSM | ICF RECOVERY IN SALUTE MENTALE | Implementare modelli di presa in carico basati sull'elaborazione di piani terapeutici riabilitativi con obiettivi espliciti, modulati nel tempo, sostenibili e verificabili. | Definizione della documentazione clinica, percorsi assistenziali clinico-diagnostici e riabilitativi, profili di cura. | Operatori Sanitari |
| DSM | COSTRUIRE PDTA IN SALUTE MENTALE | Il corso residenziale mira alla costruzione di PDTA ospedale-territorio che servano da linee di indirizzo per la gestione di budget di salute rivolti ad utenti del DSM. | Integrazione ospedale-territorio | Operatori Sanitari |
| DSM | AUTISMO IN ETA' ADULTA | La transizione dalla Neuropsichiatria infantile alla Psichiatria nell'autismo. | La comunicazione efficace con il paziente. Rispetto della privacy e consenso informato. | Operatori Sanitari |

| | | | | |
|-----------------|--|--|---|---|
| D.S. 12 | LA PRESA IN CARICO DELLE CRONICITA' NELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA: IL CHRONIC CARE CENTER | La gestione delle patologie croniche rappresenta gran parte dell'attività assistenziale territoriale. La presa in carico unitaria del paziente con la riorganizzazione delle Cure Primarie, in un unicum assistenziale, con setting a intensità crescente rappresenta la modalità più efficace per la gestione delle cronicità con la corretta governance clinica e l'azione strategica per l'appropriato utilizzo delle risorse sanitarie. | La conoscenza a tutti gli operatori dei Distretti Sanitari dei principi ispiratori del modello organizzativo dei Chronic Care Center aziendali. | Tutte le professioni |
| D.S. 12 | CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE | La Regione Campania, con proprio DCA n. 22/2015 ha istituito la Rete della Terapia del Dolore, in applicazione della Legge n. 38/2010 e dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010. La rete, in quanto aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale definito, include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose e specifiche e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico. | Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione | Tutte le professioni sanitarie della rete aziendale |
| D.S. 12 | MODELLI ASSISTENZIALI TERRITORIALI DI INNOVAZIONE IN ASL CASERTA: PNNR MISSIONE 6 COMPONENTI C1 E C2 | I fondi del PNNR rappresentano una straordinaria potenzialità per rafforzare e strutturare la sanità del territorio. Per rendere coerenti gli obiettivi europei, nazionali e aziendali è necessario conoscere i nuovi modelli assistenziali territoriali proposti da AGENAS e diffondere le conoscenze tra coloro che dovranno svolgere la propria attività secondo queste nuove modalità. | Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali. Diffusione del modello Chronic Care Center. | Tutte le professioni dei Distretti Sanitari |
| D.S. 12 | LA NUOVA RETE AZIENDALE ONCOLOGICA, TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE | L'ASL Caserta intende costituire una propria Rete Aziendale assistenziale in ambito Oncologico/Terapia del Dolore e Cure Palliative, secondo un nuovo modello (ROTDCP) capace di porre in correlazione le risorse specialistiche che ruotano intorno al paziente Oncologico e renderle sistema organizzato con la Rete Terapia del Dolore e delle Cure Palliative. | Appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Sistemi di valutazione; verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. | Operatori Sanitari |
| D.S. 16 | PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO AGGRESSIONI PER GLI OPERATORI SANITARI | Il D.lgs. 81/2008 e gli aspetti relativi alla sicurezza degli operatori. | Migliorare le competenze relazionali: la comunicazione interna ed esterna con l'utente. L'umanizzazione delle cure. | Operatori del Distretto Sanitario |
| P.O. MARCIANISE | PROJECT MANAGEMENT APPLICATO ALLE ATTIVITA' OSPEDALIERE IN OTTICA EBM-EBP-EBPH-EBHC | Approfondire le conoscenze di base sulle metodologie del Project Management, necessarie per la corretta implementazione dei Progetti e delle attività progettuali. | Coinvolgere il personale delle strutture ospedaliere anche con attività formativa on the job e corretti approcci per la progettazione e la realizzazione delle attività progettuali, in base ai principi dell'EBM, EBP, EBPH, EBHC. | Dirigenti Medici, Dipendenti del Comparto |
| P.O. MARCIANISE | LA CARTELLA CLINICA NEL PROCESSO DI GOVERNANCE | Riduzione degli errori e delle anomalie nella corretta compilazione della cartella clinica. | Acquisizione delle norme sulla responsabilità sanitaria nella corretta compilazione e gestione della cartella clinica. L. 219/2017 in materia di consenso informato | Dirigenti Medici e Personale del Comparto |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|---|
| P.O. PIEDIMONTE MATESE | PERCORSI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI: METODOLOGIA ALTERNATIVA DI DEGENZA | Interventi in artroscopia, riparazioni di ernie, varici degli arti inferiori, malattie benigne della regione ano-rettale, interventi urologici, patologie benigne della mammella, piccole amputazioni, biopsie rappresentano bisogni assistenziali che non necessitano di una degenza ordinaria e vanno inseriti in un percorso diagnostico-terapeutico di daysurgery che rappresenta la modalità clinico-organizzativa adeguata per consentire un regime di ricovero limitato ed un precoce ritorno al proprio ambiente familiare, riducendo al minimo rischi e disagio dell'ospedalizzazione. | Preparazione alla pratica del servizio di Chirurgia del personale medico ed infermieristico. | Operatori Sanitari |
| P.O. PIEDIMONTE MATESE | RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PERLIVICO E DEI DISORDINI DELL'ALVEO | L'incontinenza urinaria e fecale ed i disturbi funzionali del pavimento pelvico sono disturbi diffusi, specialmente nel sesso femminile nelle fasce di età over 50. Queste patologie possono essere trattate con cure non invasive ma è ancora esiguo il personale sanitario dedicato e specializzato per queste pratiche terapeutiche. | Fornire nozioni basilari di anatomia, fisiopatologia del pavimento pelvico e delle pratiche terapeutiche principali dei disturbi più frequenti a carico di questa regione. | Medici Fisioterapisti Infermieri Ostetriche |
| P.O. PIEDIMONTE MATESE | LA SALA OPERATORIA LAPAROSCOPICA: CORSO TEORICO-PRATICO PER STRUMENTISTI, INFERMIERI E TECNICI AUSILIARI DI SALA OPERATORIA | Training e re training del personale di sala operatoria | Fornire una adeguata conoscenza dello strumentario e delle tecniche chirurgiche nell'ambito della chirurgia generale laparoscopica ed una altrettanto adeguata conoscenza delle apparecchiature anestesiolgiche, chirurgiche, laparoscopiche e dell'impiantistica di sala operatoria, al fine di migliorare il know-how di base per l'organizzazione di una sala operatoria nella sua ergonomia e dell'equipe che vi lavora. | Medici, Infermieri, strumentisti e tecnici ausiliari di sala operatoria |
| P.O. PIEDIMONTE MATESE | IL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA: MEDICAZIONE, GESTIONE E STOMACARE | Approfondimento sulla corretta gestione delle stomie e di tutti i presidi ad essa dedicati per riconoscere e trattare le principali complicanze legate alle stomie. | Formazione del personale per l'attività ambulatoriale e l'applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure (ebm - ebn - ebp) per la gestione di una stomia intestinale e delle sue complicanze. | Operatori Sanitari |
| P.O. MADDALONI | LA TRACHEOTOMIA PERCUTANEA IN TERAPIA INTENSIVA | Implementazione della conoscenza della tracheotomia percutanea: tecnica, gestione e complicanze. | Formazione del personale alla gestione della tracheotomia percutanea e delle sue complicanze in pazienti di terapia intebnsiva. | Medici Rianimatori, Chirurghi, Infermieri |
| P.O. AVERSA - MEDICINA TRASFUSIONALE | SISTEMA DI SICUREZZA TRASFUSIONALE GRICODE: PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE | Aggiornamento al sistema Gricode e alle procedure trasfusionali | Riduzione degli eventi avversi da trasfusione. | Medici, Infermieri |
| P.O. AVERSA | SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE SANITARIO IN MATERIA DI INFEZIONI OSPEDALIERE | Miglioramento delle performance degli operatori sanitari in tema di nozioni e flussi informativi nell'uso degli strumenti informatici. | Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP) | Medici e infermieri ospedalieri |

| | | | | |
|---------------------|--|--|---|---|
| SERVIZIO 118 | Le Maxi emergenze | Corretto approccio alla gestione di una maxi emergenza (PEIMAF,PEI,PEVAC) | Migliorare l'approccio alle maxiemergenze per una migliore assistenza sia territoriale che ospedaliera. | Personale 118, Personale PS, Direzioni Sanitarie PPOO, Direzioni dei DDSS |
| SERVIZIO 118 | BLS | Aggiornamento sulle corrette manovre di primo soccorso | Migliorare le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base | Medici, Infermieri, OSS |
| SERVIZIO 118 | PBLS | Aggiornamento sulle corrette manovre di primo soccorso al paziente pediatrico e neonatale | Migliorare le tecniche di rianimazione di base di rcp al pz pediatrico e neonatale. | Medici. Infermieri, OSS |
| SERVIZIO 118 | PTC DELL'IRC/ERC O BTLS | Aggiornamento sulle corrette manovre di primo soccorso nell'approccio al paziente traumatizzato | Migliorare le tecniche di approccio di base al paziente traumatizzato. | Medici, Infermieri, OSS |
| SERVIZIO FORMAZIONE | IL RUOLO DEL MMG NELLA APPROPRIATEZZA DELLE CURE E SOSTENIBILITA' ECONOMICA | Miglioramento e razionalizzazione dei processi assistenziali alla luce dei nuovi LEA | Approfondimento dei LEA e miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici e dei livelli di integrazione tra MMG e Specialisti. | Medici Ospedalieri. Medici del Territorio. Specialisti Ambulatoriali. MMG |
| SERVIZIO FORMAZIONE | SANITA' E MONDO DIGITALE | L'evoluzione digitale della sanità italiana è la grande sfida del prossimo futuro. L'emergenza pandemia ha già impresso una forte spinta propulsiva e con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) vi sono risorse per traghettare il SSN verso questa nuova dimensione: assistenza a distanza, raccolta, condivisione ed elaborazione dei dati clinici, assistenziali, sanitari ed economici che verranno introdotti all'interno di questi nuovi sistemi e piattaforme digitali. | Illustrare principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie | Tutti gli operatori del SSN |
| SERVIZIO FORMAZIONE | NURSING DELL'ACCESSO VENOSO | Ripartire l'attenzione degli operatori sanitari sulle raccomandazioni di buona pratica clinica per l'impianto e la gestione delle ago-cannule alla luce di una serie di recenti linee guida internazionali (linee guida EPIC 2014 e le linee guida INS 2016). | Fornire l'acquisizione di concetti fondamentali sull'impianto e la gestione degli accessi venosi e delle eventuali complicanze post impianto. | Infermieri |
| SERVIZIO FORMAZIONE | NURSING E VENTILAZIONE MECCANICA: APPROCCIO ALLE ASINCRONIE E ANALISI DELLE CURVE RESPIRATORIE | La ventilazione meccanica quale strumento fondamentale per il supporto vitale dei pazienti critici e la prevenzione delle asincronie nell'interazione tra paziente e macchina. | Obiettivo del corso è fornire l'acquisizione dei concetti fondamentali sulla ventilazione meccanica invasiva, per la comprensione delle principali modalità di ventilazione utilizzate, e fornire gli strumenti per l'individuazione precoce, attraverso l'analisi delle curve respiratorie, delle principali asincronie responsabili di outcome negativi sul paziente. | Operatori Sanitari |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| SERVIZIO FORMAZIONE | L'INFERMIERE CASE MANAGER | Rispondere alla crescente complessità della domanda di salute in una popolazione con livelli di fragilità e cronicità maggiori. Promuovere modelli di cura in grado di concretizzare i percorsi sulla persona, per promuovere dignità e qualità della vita e di conseguenza la salute nelle sue diverse dimensioni. | Utilizzare gli strumenti per un approccio sistemico ai principali processi/percorsi intraospedalieri, ospedale/territorio; contribuire alla costruzione di piani di assistenza che si sviluppano lungo un continuum che include la presa in carico del paziente, dal pre-ricovero alla dimissione; favorire approcci assistenziali basati sull'utilizzo coordinato di risorse; gestire percorsi di dimissione pianificata e piani di dimissione protetta; individuare i criteri e le procedure per la valutazione ed il monitoraggio dei percorsi del paziente in termini di efficacia ed efficienza; promuovere il coinvolgimento dei professionisti assumendo una funzione di facilitatore nella realizzazione di percorsi integrati. | Medici e Infermieri ospedalieri e territoriali coinvolti nell'assistenza della rete oncologica |
| SERVIZIO RSPP | SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO | Adempimenti ex art. 37 D.Lgs. 81/08. Formazione obbligatoria per la sicurezza sui luoghi di lavoro | Formazione degli operatori per la sicurezza sui luoghi di lavoro. | Tutti gli operatori |
| RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | AGGIORNAMENTO SUL CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI ASL CASERTA | Aggiornamento delle competenze e tematiche dell'etica e della legalità. | Conoscenza del nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL di Caserta approvato con delibera n. 291 del 01/03/2019. | Tutti i dipendenti |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | ATTUAZIONE DELLE DIRETTIVE 23,24 E 25/2014/UE, CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI E RELATIVI CORRETTIVI, RIFLESSI SUGLI ACQUISTI NEL SETTORE SANITARIO | Analisi della disciplina delle direttive 23, 24, 25/2014/UE, della relativa attuazione con il D.lgs. 50/2016, del D.L. 18/2020 riferito a procedure di gara connesse all'emergenza epidemiologica e del D.L. semplificazioni n. 76/2020, convertito con L.120/2020, con riferimento specifico alle novità nel settore degli acquisti in sanità. | Conoscenza dettagliata dei principi dell'impianto normativo in tema di affidamento di contratti pubblici nel settore sanitario attraverso lo studio e l'analisi di documenti e atti di gara redatti da stazioni appaltanti, Regioni e ANAC. | Personale dipendente con compiti amministrativi |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | CONTRATTI PUBBLICI E RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA | Programmazione e definizione dei fabbisogni, classificazione per tipologie merceologiche con definizione delle specifiche tecniche, stipulazione di contratti per più aziende sanitarie, standardizzazione degli ordini d'acquisto con l'obiettivo di ridurre i costi del servizio sanitario. | Fornire indicazioni legislative (d.lgs. 50/2016 e s.m.i.) e operative relative al Quadro Esigenziale che deve essere predisposto dall'amministrazione, con riferimento ai Piani triennali di programmazione per garantire la successiva sostenibilità degli acquisti nel settore sanitario e assicurare le esigenze qualitative e quantitative in relazione alla specifica utenza alla quale sono destinati. Conoscenza dei documenti redatti dalle Autorità (ANAC, AGCM) e dei modelli dei piani triennali di spesa. | Personale dipendente con compiti amministrativi |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | CENTRALI DI COMMITTENZA E ACQUISTI NEL SETTORE SANITARIO | Approfondimento della disciplina dell'aggregazione della domanda di beni e servizi con specifico riferimento al modello della Regione Campania, in particolare alle forme associative che coinvolgono le aziende sanitarie. | Definizione dei rapporti e delle relative responsabilità tra centrale di committenza e ASL, nella prospettiva della programmazione di spesa e dei fabbisogni reso obbligatorio dal Codice, nella forma del programma biennale degli acquisti di beni e servizi. | Personale dipendente con compiti amministrativi |

| | | | | |
|--------------------------|--|---|---|---|
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | DIGITALIZZAZIONE DELLE PROCEDURE DI GARA NEL SETTORE SANITARIO | La digitalizzazione delle procedure di gara per raggiungere gli obiettivi di semplificazione e adeguamento della competitività dell'amministrazione alla luce del recente DL 76/2020. | Fornire i lineamenti legislativi e operativi in tema di digitalizzazione del settore sanitario (d.lgs. 50/2016, CAD), con riferimento alle gare pubbliche, con focus specifico sul ruolo strategico delle ASL al fine di definire competenze specifiche tra i funzionari deputati all'e-procurement. Studio e analisi della Strategia per la crescita digitale al fine di definire gli obiettivi. Studio e analisi di atti di gara, inerenti al settore sanitario, redatti in forma digitale. | Personale dipendente con compiti amministrativi |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | ACCORDI QUADRO NEL SETTORE SANITARIO, ACQUISTI IN RETE PA (MEPA), ACQUISTI SOPRA SOGLIA E SOTTO SOGLIA NEL SETTORE SANITARIO | Acquisizione del modello degli accordi quadro nel settore sanitario, con riferimento alle norme vigenti nel codice dei contratti pubblici e degli accordi quadro stipulati da So.Re.Sa., al fine di valutare criticità e responsabilità dell'accordo. Analisi e studio della vigente disciplina in tema di acquisti sopra soglia e sotto soglia nel settore sanitario, con riferimento alle specificità che nel settore hanno i criteri operativi. Studio e analisi di verifica fabbisogni e statistiche consumi, attivazione e gestione dei contratti di fornitura conseguenti alle gare, gestione dei servizi interni a conduzione diretta. | Conoscenza pratica delle piattaforme, con analisi di documenti (sistemi dinamici e convenzioni) relativi a beni e servizi. per l'acquisizione di servizi e forniture e ruolo delle ASL nelle diverse procedure. | Personale dipendente con compiti amministrativi |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA E DOCUMENTI INFORMATICI | Approfondimento del D.P.R. n. 445 per la formazione, il rilascio, la tenuta e la conservazione, la gestione, la trasmissione di atti e documenti da parte di organi della Pubblica Amministrazione, come disciplinato dal CAD per la progressiva informatizzazione dell'attività amministrativa. | Formazione su temi della documentazione amministrativa, il documento informatico, la definizione e tenuta della documentazione amministrativa. | Personale dipendente con compiti amministrativi |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | DALLE NORME GENERALI ALLE TECNICHE DI REDAZIONE DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI | Sviluppare le competenze necessarie alla redazione degli atti amministrativi. | Formazione sulle tematiche relative all'attività amministrativa in particolare sul provvedimento amministrativo e sulla redazione di atti amministrativi (delibere D.G., indizioni di gara, indizioni di concorsi, ecc...) con riferimento alle norme della L.241 del 1990 e delle diverse normative settoriali e specifiche. Conoscenza dei profili di invalidità degli atti ed eventuale responsabilità connessa. | Personale Dipendente con compiti amministrativi |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | Accesso, Trasparenza e Privacy | Necessità dei funzionari di conoscere gli indici per operare scelte corrette in relazione al bilanciamento tra trasparenza e privacy, con riferimento ai diversi modelli di trasparenza cogigenti. | Conoscenza della disciplina in tema di accesso difensivo, accesso civico, modello FOIA. Necessario bilanciamento tra trasparenza e privacy con riferimento agli atti redatti e gestiti dalle ASL. Conoscenza delle opzioni dei funzionari allorquando pervenga una richiesta di accesso tramite modello FOIA o modello ex art. 22, L. 241/1990 | Personale Dipendente con compiti amministrativi |

| | | | | |
|---------------------------|---|--|---|---|
| SERVIZIO TECNICO CENTRALE | FORMAZIONE GENERALE RUP | Formazione ed aggiornamento professionale dei RUP e del personale amministrativo in materia di appalti pubblici. | Conoscenza dei principali istituti del diritto amministrativo nella gestione delle procedure di pubblica evidenza: Codice appalti, Tipologie di affidamento, Linee guida ANAC, Giurisprudenza rilevante in tema di appalti, Trasparenza e Accesso agli atti. | RUP e personale amministrativo dei Servizi Tecnici Centrali |
| SERVIZIO TECNICO CENTRALE | FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO | Formazione e aggiornamento in materia di Prevenzione Incendi. | Conoscenza degli elementi per l'iscrizione dei Professionisti negli Elenchi del Ministero dell'Interno: Introduzione al Codice di Prevenzione Incendi, Protezione passiva secondo il codice, Prevenzione attiva secondo il codice, Operatività antincendio, Esodo e metodi ingegneristici, RTV del Codice, Eventuali specificità inerenti gli edifici sanitari. | Personale tecnico afferente al Coordinamento dei Servizi Tecnici Centrali |
| SERVIZIO TECNICO CENTRALE | PERCORSO DI CERTIFICAZIONE PMI-PMP | Formazione finalizzata all'acquisizione della certificazione PMI-PMP, indispensabile per i RR.UU.PP. | Conoscenza dei framework del Project Management (conoscenza del nuovo PMBOK, gestione del team e collaborazione con gli stakeholder, pianificazione e gestione delle risorse, gestione delle variazioni di progetto, pianificazione e gestione delle conformità, supporto dei cambiamenti organizzativi). | RUP afferenti ai Servizi Tecnici Centrali |
| OIV | Performance e Anticorruzione-Analisi e valutazione obiettivi gestionali | Formazione finalizzata a formare adeguatamente il personale di supporto all'OIV | | Personale di supporto all'OIV |

3.6 Sottosezione di programmazione – Digitalizzazione dei processi e degli accessi

In questa sezione vengono riportate le procedure da attivare e da attivare per la completa informatizzazione di tutte le procedure aziendali tese ad una maggiore semplificazione e nello stesso tempo facilitare l'accessibilità degli utenti sia interni che esterni. 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.

Procedure informatizzate già attive

| Identificativo | Descrizione | Produzione | Potenzialità | N. Utenti |
|-------------------------------------|---|------------|---|--|
| <i>Protocollo Informatico</i> | 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. | 1.076 Utenti interni |
| <i>Gestione atti amministrativi</i> | 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 |
| <i>Mail aziendale</i> | Conferita a circa 3.000 dipendenti una mail aziendale per facilitare la comunicazione interna | In House | Posta interna. | 3.433 utenti |
| <i>SIGEA</i> | Portale aziendale per la gestione della contabilità analitica del personale | In House | Contenitore con tutti i dati del personale | Operatori del Serv. CdG |

| | | | | |
|------------------------------|---|----------|--|---|
| | | | dipendente e non dip., Collaboratori etc. | |
| <i>SIGEA</i> | 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 |
| <i>San.Arp Celiachia</i> | 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 | 375 prescrittori e 2406 erogatori |
| <i>San.Arp Diabete</i> | 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 | 75 prescr. e 2428 erogatori |
| <i>Sani.Arp Diagnostica</i> | 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 | 4.621 utenti di cui 128 per l'ASL Caserta |
| <i>Sani.Arp Nefropatia</i> | 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 | 294 prescrittori e 2572 erogatori |
| <i>Sani.Arp Nefropatia</i> | Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. ed erogazione da parte dei centri di emodialisi dei trattamenti dialitici | In House | | 87 centri di dialisi |
| <i>Sani.Arp Lea</i> | 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 | 996 Utenti nell'Asl Caserta e Regionali |
| <i>Sani.Arp Centri</i> | 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 | 183 Utenti File C;61 File H. |
| <i>Sani.arp Stomie</i> | 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 | 45 Utenti aziendali |
| <i>Sani.arp MUP</i> | 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 la prescrizioni di farmaci per la continuità terapeutica Ospedale Territorio in dimissione da ricovero ordinario. Consente erogazione farmaci tramite DD e/o DPC | 8.853 spec. Prescrittori,5 081 MMG e 3331 erogatori |
| <i>Sani.Arp oncologico</i> | 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 | 947 |
| <i>Sani.arp Covid-19</i> | 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 | 527 |
| <i>Sani.arp Vax-covid-19</i> | Portale a valenza aziendale per la gestione dei tutto il processo delle vaccinazioni anti Covid-19 | In House | Cartella Informat. Delle vaccinazioni per utente | 938 |
| <i>Sani.arp Flussi MMG</i> | 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 | 450 utenti MMGG |

| | | | | |
|--|---|----------|--|------------------------------|
| <i>Sani.arp vaccinazioni</i> | Portale a valenza aziendale per la registrazione delle vaccinazioni antinfluenzali | In House | Immissione diretta delle vaccinazioni da MMG e Ped | 560 Utenti tra MMG e Ded L.S |
| <i>A.D.T.</i> | Cartella informatizzata delle accettazioni e dimissioni degli utenti dai PPOO | In House | Digitalizza alcuni processi della Cartella Clinica | 1.476 Utenti nei Vari PPOO |
| <i>A.D.T. Triage</i> | Cartella Informatizzata degli accessi in PS | In House | Digitalizza tutte le attività del PS | 1.476 Utenti nei Vari PPOO |
| <i>Portale Gestione Anagrafica dei Centri Accreditati e Case di Cura</i> | 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 250 |
| <i>Portale per la Gestione dei Dispositivi FGM</i> | Controllo dell'intero processo, prescrittivo ed erogato per la distribuzione dei dispositivi FGM | In House | Portale Regionale per erogazione e distribuzione | 800 Utenti |
| <i>Portale OLT</i> | Portale per la gestione dell'Ossigenoterapia domiciliare e Concentratori | In House | Accesso on line da parte dei Prescrittori e delle ditte fornitrici | 260 Enti |

Modalità ed azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

Procedure già attive tramite il portale aziendale www.aslcaserta.it

| | | | | |
|---|--|----------|--|--|
| <i>Adesione vaccini</i> | Portale a valenza aziendale per raccogliere le prenotazioni degli utenti per le vaccinazioni anti covid-19 | In House | Accesso diretto degli utenti alle prenotazioni degli screening con rilascio del PIN Code per lo scarico del referto dello screening effettuato | Accesso a tutti i cittadini |
| <i>Adesione Screening</i> | Portale a valenza aziendale per raccogliere le prenotazioni degli screening oncologici | In House | Accesso diretto per tutti gli utenti che vogliono vaccinarsi con stampa del consenso | Accesso per tutti i cittadini |
| <i>Anagrafica dipendenti per centro di costo</i> | Portale che gestisce la corretta imputazione del personale per Centro di Costo | In House | Portale con accesso a tutti i direttore delle Macrostrutture aziendali | 28 utenti |
| <i>Gestione Richiesta Credenziali</i> | 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. 24 |
| <i>Gestione Richiesta Hardware e manutenzione</i> | 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. 24 |

Procedure programmate e da realizzare entro il 31.12.2022

| | | | | |
|--|---|----------|--|--|
| <i>Scelta e revoca del medico di Medicina Generale</i> | Portale a valenza aziendale attraverso il quale vengono pubblicati i dati dei medici di MG con i relativi indirizzi ed orari degli studi medici; possibilità da parte del cittadino di conoscere il numero di assistiti in carico ai MMGG e quindi procedere on line all'invio della richiesta di scelta. | In House | | |
| <i>Fascicolo elettronico</i> | Procedura che consente l'invio ad un Repository dei documenti digitalizzati (Referti Lab., Radiologici, Anatomia Patologica ,scheda di dimissione, att.specialistica amb. | In House | | |

Dettaglio modalità ed azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, 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 dell'implementazione e manutenzione della Procedura | Servizio C.di Gestione e Sistema Informativo |


Benvenuti sul portale Web dell'ASL Caserta

[COMUNICATO INFO VACCINI](#) [FAQ Vaccinazione](#)


Report Somministrazioni

| Fascia Età 12-99+ | Fascia Età 5-11 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 ^a Dose (763992) 95% | 1 ^a Dose (21526) 35% |
| 2 ^a Dose (755608) 94% | 2 ^a Dose (17899) 29% |
| 3 ^a Dose (604650) 81% | |


(aggiornamento al 24/04/2022 16:00:17)
Il valore % delle terze dosi è calcolato in funzione dei primi cicli vaccinali conclusi




CORONAVIRUS
Emergenza COVID




Vaccini COVID



GreenPass COVID



Adesione Vaccini



Screening

Facilità di accesso

Adesione Campagna Vaccinale Adesione Vaccini

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE ALLA VACCINAZIONE ANTICOVID-19

Per procedere con l'autocertificazione è necessario inserire il CODICE FISCALE e il numero di TESSERA SANITARIA (come mostrato in figura)



Tipo Dose *

Prima Dose

Seconda Dose

Terza Dose

Quarta Dose (Soggetti Fragili)

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 Sistema Informativo |

Benvenuti sul portale Web dell'ASL Caserta

[COMUNICATO INFO VACCINI](#) [FAQ Vaccinazione](#)

Report Somministrazioni

| | |
|--|--|
| Fascia Età 12-99+ 1ª Dose (763992) 95% 2ª Dose (755608) 94% 3ª Dose (604650) 81% | Fascia Età 5-11 1ª Dose (21526) 35% 2ª Dose (17899) 29% |
|--|--|

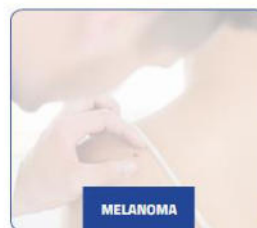
(aggiornamento al 24/04/2022 16:00:17)

Il valore % delle terze dosi è calcolato in funzione dei primi cicli vaccinali conclusi

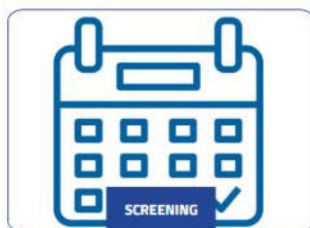





Facilità di accesso

Scopri come fare per:



Iscriviti attraverso il portale di raccolta Adesioni per gli Screening di prevenzione del cancro del seno, della cervice uterina, del colon retto che l'**Azienda Sanitaria Locale Caserta** ha messo a tua disposizione:



| | | |
|---|---|--|
|  <p>Richiedi screening</p> <p>Accedi all'area per richiedere uno screening compilando le apposite informazioni necessarie</p> <p>PROSEGUI →</p> |  <p>I tuoi screening</p> <p>Accedi all'area per monitorare e aggiornare tutte le tue richieste di screening</p> <p>PROSEGUI →</p> |  <p>Registra Screening Eseguito</p> <p>Accedi all'area per inserire e registrare uno screening eseguito in autonomia</p> <p>PROSEGUI →</p> |
|---|---|--|

 **INSERIRE I DATI**

Codice Fiscale



Ultimi 5 numeri Tessera Sanitaria

- Dichiaro di aver preso visione dell'[Informativa sulla Privacy](#)
- Autorizzo il trattamento dei dati forniti per le finalità sopra indicate. (se l'interessato è sottoposto a tutela, o comunque non ha capacità legale d'agire, tale autorizzazione deve essere prestata dai soggetti che hanno la rappresentanza legale)

AVANTI

Il sistema dà la possibilità non solo di prenotare gli screening, ma anche acquisire i propri referti.



I tuoi screening

Accedi all'area per monitorare e aggiornare tutte le tue richieste di screening

[PROSEGUI](#) →

3 - Scelta e revoca del medico di Medicina Generale e Pediatra

| | |
|---|---|
| Denominazione procedura | Anagrafica Medici di Med.Generale e Pediatri con orari dello studio |
| 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 Sistema Informativo e Serv.Az.Cure Primarie |
| Descrizione della Procedura | Portale a valenza aziendale attraverso il quale vengono pubblicati i dati dei medici di MG con i relativi indirizzi ed orari degli studi medici; possibilità da parte del cittadino di conoscere il numero di assistiti in carico ai MMGG e quindi procedere on line all'invio della richiesta di scelta. |

L'Azienda ▾ Come fare per ▾ Dedicato a ▾ Servizi e informazioni ▾ Screening onc

Benvenuti sul portale Web dell'ASL Caserta

Come fare per

| | |
|---|---|
| P ronto Soccorso ed Emergenza | Scelta Del Medico |
| C UP prenotazioni e Pagamenti | Al momento dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale l'Assistito ha il diritto di scegliere un Medico di Medicina Generale o un Pediatra di Libera Scelta nel proprio ambito territoriale di residenza/domicilio che non abbia raggiunto il numero massimo di assistiti previsto dalla normativa. |
| T icket ed esenzioni | Il medico va scelto tra quelli convenzionati presenti negli ambiti del Distretto di appartenenza. |
| S trutture sanitarie | Non è possibile scegliere un medico che ha già in carico il numero massimo di assistiti. |
| T esseria Sanitaria | Di seguito l'elenco dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatra di Libera Scelta (PLS) |
| V accini | Medici di Medicina Generale |
| E ducazione Alla Salute | Pediatri di Libera Scelta |
| A utismo e ABA | Modulo Autocertificazione Scelta del Medico |
| R iabilitazione | Modulo per Revoca del Medico |
| D ipendenze patologiche | Modulo per Scelta del Medico |
| A ssistenza all'Estero | Lista delle UOASB |
| C ittadini stranieri e immigrati | |
| D ipartimento Di Prevenzione | |
| Scelta Del Medico | |

Ulteriori dettagli sulla Procedura

Il cittadino oltre a visionare l'elenco e gli orari degli studi medici, compila il modulo presente sul portale (auto compilante) e lo invia via mail alla UUOO di assistenza Sanitaria di Base, che procede ad autorizzare la scelta, inviando via mail all'utente l'attestato con la nuova scelta.

Sezione 4. 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.

Aree di competenza, monitoraggio

| Macrostruttura | Unità Operative | Obiettivi | Indicatori | Tempi Monitoraggio |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| PO Moscati Aversa | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2022 | 1-27 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| PO S Rocco Sessa A | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2022 | 1-27 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| PO Maddaloni | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2022 | 1-6;16;23-27 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| PO Dott. Guerriero Marcianise | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2022 | 1-27 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| PO S Felice a C | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2022 | 1-27 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| PO S Maria C V | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2022 | 1-6;16;23-27 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| PO Piedimonte M | Tutte le UOC e S.Dipart. | Ob_Att_PO_2022 | 1-27 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 12-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 13-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 14-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 15-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 16-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 17-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 18-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 19-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 20-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 21-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 22-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Distr. 23-Caserta | Tutti i Serv.Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-20,Tem. 1-20, 29, 30,39-79, 81-87 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Dip.Prevenzione | Tutti i Serv.Dipartiment. | Ob_Dip-Prev | 1-39 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| - Prev.Collettiva | UUOOPC e Serv. Centr. | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 3-18 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| - Veterinaria | UOV e Serv.centrali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 1-2;33-40 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| - Med Lavoro | UO Centrali e Distrett | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | 19-28 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Dip.Dip.Patologiche | UUOO SER.D | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | Tematici 31-38 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |
| Dip.Salute Mentale | UUOO Distrettuali | Ob_Dis_2022-Ob.Tematici | Tematici 21-28 | 31/3;30/6;30/9;31/12 |

| Indicatore di risultato | Strumenti e Resp. Monitoraggio | | Scadenze | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------|----------|---------|---------|----------|
| Obiettivo | | | | | | |
| 1-Vaccinazione esavalente (1) | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 2-Vaccinazione MPR (2) | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 3-Vaccinazione antinfluenzale (3) | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 4-Screening Ca della Cervice Uterina | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 5-Screening Ca della Mammella | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 6-Screening Ca del Colon Retto | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 7-Statistica CIA (D22Z - CIA 1) | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 8-Statistica CIA (D22Z - CIA 2) | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 9-Statistica CIA (D22Z - CIA 3) | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 12-Copertura % ambulatori della Cronicità | Software | Dir.Aziendale | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 14-Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati | Relazione | Dir.Distretti e C.di G. | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 15-Attività di controllo nei centri di Riabilitazione | Relazione | Dir.Distretti e C.di G. | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 16-Attività di controllo nelle case di Cura Accreditate | Relazione | Dir.Distretti e C.di G. | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 17-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | Soft.Soresa | SO.RE.Sa | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 18-Attività di controllo sulla spesa farmaceutica convenzionata con controlli MMGG e incremento riunioni UCAD | Relazione | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 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 | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 20-Presa in carico nei nuclei e nei Servizi Territoriali di neuropsichiatria infantile del 100% degli utenti con disturbi dello spettro autistico | Software Spec. | Direzione Aziendale | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 1-Ricoveri ordinari | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 2-Giornate di degenza | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 3-Degenza media | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 5-Peso medio ricoveri ordinari | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 6-Indice di occupazione media | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 7-Ricoveri in day hospital | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 8-Ricoveri ripetuti | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 9-Ricoveri per Asma Pediatrica | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 10-Ricoveri per Gastroenterite Pediatrica | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 11-Ricoveri per BPCO | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 12-Ricoveri per Diabete | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 13-Ricoveri per scompenso | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 14-DH Diagnostici | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 15-DH Medici (accessi) | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 16-Chiusura SDO in 48h | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 17-Degenza pre-operatoria | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 18-% Parti cesarei primari | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 19-% Ricoveri oltre soglia | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 20-% Ricoveri chirurgici | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 21-% Frattura femore >65 anni entro 48h | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 22-Governo delle liste di attesa degli | Soft.Regionale | SO.RE.Sa | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario | Soft.Soresa | SO.RE.Sa | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 24-Corretta gestione delle giacenze materiali sanitari | Portale | Ser.C.di Gest. e SI | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 25-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio | Software Spec. | S. Qualità | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 26-Massima Trasparenza flussi interni degenti, Ospiti ed operatori esterni | | Dir. Sanitarie | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 27-Obiettivi Prevenzione della Corruzione (schede 1-19)pag. | | RPC | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 28-Obiettivi per la trasparenza (schede 1-14) | Portale | RT | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |
| 29-Obiettivi per la Privacy (schede 1-7) | | Ref. Privacy | 31/3/22 | 30/6/22 | 30/9/22 | 31/12/22 |

| Obiettivi istituzionali | Strumenti e modalità del controllo | Competenza | Frequenza |
|---|------------------------------------|--|-------------|
| <i>Il Paziente in età pediatrica</i> | Portale Aziendale | Dir. Distretti e Area di Coordinamento | Semestrale |
| <i>La fase pre-concezionale</i> | Portale Aziendale | Dir. Distretti e Area di Coordinamento | Semestrale |
| <i>La fase prenatale</i> | Portale Aziendale | Dir. Distretti e Area di Coordinamento | Semestrale |
| <i>La tutela della nascita</i> | Portale Aziendale | Dir. Distretti e Area di Coordinamento | Semestrale |
| <i>Il Paziente cronico e/o fragile</i> | Portale Aziendale | Dir. Distretti e Area di Coordinamento | Semestrale |
| <i>Area delle cure palliative, non autosufficienti -Anziani-Ass.Domiciliare</i> | Portale Aziendale | Dir. Distretti e Area di Coordinamento | Semestrale |
| <i>Salute Mentale</i> | Sist. Inf. Salute Mentale | Direzione Dipartimentale | Semestrale |
| <i>Disturbi del neuro sviluppo dell'età evolutive</i> | Portale Aziendale | Direzione Aziendale | Semestrale |
| <i>Dipendenze patologiche</i> | Sistema Inf. Dip. Pat | Direzione Dipartimentale | Semestrale |
| <i>Il paziente oncologico e la prevenzione malattie oncologiche</i> | Portale Aziendale | Coord. Screening | Semestrale |
| <i>Area del Dipartimento di Prevenzione</i> | Portale Aziendale | Direzione Dipartimentale | Semestrale |
| <i>Sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale</i> | Software spec. | Direzione Dipartimentale | Semestrale |
| <i>Prevenzione malattie croniche non trasmissibili</i> | Portale Aziendale | Direzione Dipartimentale | Semestrale |
| <i>La politica del Farmaco</i> | Portale Aziendale | SErv. C. di G. e Dip. Farmaceutico | Trimestrale |
| <i>La gestione delle liste di attesa e del CUP</i> | CUP Reg/Soresa | Direzione San. Aziendale | Trimestrale |
| <i>Il Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva</i> | Portale Aziendale | CdG e Direzione Sanitaria | Trimestrale |
| <i>Obiettivi di riorganizzazione</i> | Relazione | Direzione Aziendale | Semestrale |
| <i>La comunicazione sanitaria</i> | Relazione | URP | Semestrale |
| <i>Obiettivi economici</i> | SAP -Siac | S. Economico Finanziar. | Trimestrale |
| <i>Obiettivi gestionali</i> | Portale Aziendale | C. di Gestione | Trimestrali |
| <i>Obiettivi del Sistema di garanzia (NSG)</i> | Portale Aziendale | C. di Gestione | Trimestrali |
| <i>Obiettivi per il contenimento dell'infezione Covid 19</i> | Portale Aziendale | Direzione Sanitaria | Trimestrali |

4.2 Monitoraggio misure anticorruzione e indicatori di monitoraggio

Mis.1 - Misure di contrasto da Rischi di rilevanza derivanti dal contesto esterno alla ASL di Caserta

| Rischi esterni di rilevanza per l'ASL Caserta | Misure di contrasto |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Infiltrazioni camorristiche e nelle procedure di affidamento ed esecuzione di contratti pubblici; - Pressioni provenienti da soggetti appartenenti alle cosche camorristiche ovvero da soggetti appartenenti a lobbies; - Possibili condotte agevolative in favore di dipendenti dell'ASL autori di condotte aventi rilevanza penale. | <ul style="list-style-type: none"> • Verifiche e controlli Antimafia; • Patto di Integrità |

Mis.2 - Programmazione-Progettazione degli Adempimenti previsti dal codice di Condotta

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|--|---|
| <i>Codice di comportamento aziendale</i> | Monitoraggio del Codice | Direttori U.O.C./UPD Dirigenti/RPC e RTT | In essere Entro dicembre 2022 | Report sulle risultanze del monitoraggio | Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice |
| | Flussi informativi verso ii RPC e RT | Direttori U.O.C./UPD Dirigenti/RPC e RTT | Entro il 20 Novembre | Scheda di rendicontazione | |
| | Avvisi al personale | Dirigente U.O.C. GRU RPC e RT | Ad evento | Avviso sul sito Corsi Formazione | |

Mis.3 - Programmazione delle misure di Rotazione del Personale

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|--|--|---|---|---|
| <i>Rotazione ordinaria del personale</i> | Richiesta di includere nel Regolamento (previo confronto con le OOSS) per l'assegnazione delle Posizioni Organizzative. del Comparto Sanitario il divieto di rinnovo dell'incarico per la Posizione Organizzativa già ricoperta. | RPC (impulso) Direzione strategica U.O.C. GRU Direttori e Dirigenti interessati dalla misura | Entro dicembre 2022 | Modifica del Regolamento di assegnazione delle P.O | Verifica di operatività della rotazione del personale |
| <i>Rotazione Straordinaria del personale</i> | Monitoraggio e verifica rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, | RPC e RT/UPD Direttori e dirigenti interessati alla misura | Ad avvenimento e comunque entro dicembre 2022 | Verifica e monitoraggio degli eventi con cadenza annuale (Dicembre 2022) | Verifica operatività della rotazione straordinaria dei casi esaminato |

Mis.4 - Programmazione delle misure di conflitti di interesse

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|--|---|----------------------------------|--|--|
| <i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi</i> | Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (Dirigenza, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane RPC e RT (impulso) | Entro il 31 gennaio di ogni anno | Dichiarazione resa dall'interessato Risultanze della U.O.C. GRU | Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi" |
| | Monitoraggio e verifica rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, | Dirigenti delle U.O.C. Gestione del Patrimonio Immobiliare, OC STM; U.O.C. Tecnologie Sanitarie; UOC Provveditorato | In occasione di ogni affidamento | Risultanze degli audit campionari del RPC | Formazione e Informazione del personale Rafforzamento dei controlli |

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 |
|-------------------------------|--|--|----------------------------|--|---|
| <i>Conflitti di interesse</i> | 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 RPC e RT (controllo di II livello) | In essere | Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi | Facilitazione ed efficacia dei controlli |
| | 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 | | | Aggiornamento dello schema di dichiarazione | |
| | Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni | U.O.C. Affari generali RPC e RT (impulso e coordinamento) | Entro dicembre 2022 | Avvenuta adozione della Procedura | Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni |

Mis.6 - Programmazione dell'Attività Formativa 2022

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|--|--|---|--------------------------------------|--|
| <i>Formazione di livello generale</i> | 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, PTPCT, Codice di comportamento, Whistleblowing) | Dirigente responsabile della formazione | Entro giugno 2022 | Espletamento del percorso formativo. | Sensibilizzazione del personale sui temi trattati |
| | | RPC-RT (selezione del personale interessato) | Completamento delle sessioni del corso di Formazione avviato nel 2021 come da piano di formazione | Attestazione di partecipazione | |
| <i>Formazione di livello specifico RPC e RT</i> | Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico | | Entro 30 Ottobre 2022 | Test di apprendimento | Aggiornamento del RPC e RT |
| <i>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)</i> | Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico (nuovi ingressi e settori selezionati) | | Inizio del Nuovo corso 2022 | | Aggiornamento del personale coinvolto |
| | | | | | Maggiore padronanza degli strumenti per l'attuazione del PTPCT |

Mis.7- Programmazione Misure di Pantouflage

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|----------------------------|---|--------------------------------|
| <i>Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)</i> | 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: - Gestione del Patrimonio Immobiliare; - UOC STM; - UOC GRU; - UOC Tecnologie Sanitarie; - UOC Provveditorato; - UOC CIG e S.I. | Entro Maggio 2022 | 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 | Entro Maggio 2022 | | |
| | 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 | |
| | Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Dichiarazione archiviata | |

Mis.8 - Programmazione misure Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|---|----------------------------|---|--------------------------------|
| <i>Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)</i> | 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: - Gestione del Patrimonio Immobiliare; - UOC STM; - UOC GRU; - UOC Tecnologie Sanitarie; - UOC Provveditorato; - UOC CIG e S.I. | Entro Maggio 2022 | 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 | Entro Maggio 2022 | | |
| | 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 | |
| | Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro | Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Dichiarazione archiviata | |

Mis.9 - Programmazione delle misure di Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|--|--|----------------------------|--|---|
| <i>Inconferibilità e Incompatibilità (D.lgs. 39/2013)</i> | 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 RPC e RT (controllo di II livello) | In essere | Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi | Facilitazione ed efficacia dei controlli |
| | 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 | | | Aggiornamento dello schema di dichiarazione | |
| | Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni | U.O.C. Affari generali RPC e R T (impulso e coordinamento) | Entro dicembre 2022 | Avvenuta adozione della Procedura | Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni |

Mis.10 - Programmazione misure Forniture Farmaci e Presidi

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---------------------------------------|---|--|---------------------------------|----------------------------|---|
| <i>Fornitura di farmaci e presidi</i> | Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi | Direttori U.O.C. Farmacie Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti | In Attuazione | Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - 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). |

Mis.11 - Programmazione misure Servizi Esternalizzati

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|---|----------------------------|--|
| <i>Servizi Esternalizzati</i> | Monitoraggio Servizi Esternalizzati | Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti, Tecnologie sanitarie, STM, Patrimonio. | La gara Servizi pulizie superfici Aziendali è stata aggiudicata ed affidata nel 2021 con delibera del D.G. N. 1257/21 | Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 affidatarie; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida. |

Mis.12 - Programmazione misure Acquisto Materiali Economali

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Acquisto materiale economale</i> | Monitoraggio Acquisto materiale economale | Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti, Tecnologie sanitarie, STM, Patrimonio. | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | - 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 affidatarie; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida. |

Mis.13 - Programmazione misure Acquisto materiale Hardware- Software

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| <i>Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso</i> | Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso | Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG. | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | - 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 affidatarie; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida - Numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero di acquisti totali |

Mis.14 - Programmazione misure Area Tecnologie Sanitarie

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|--|--|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Acquisti dell'Area delle Tecnologie Sanitarie</i> | Monitoraggio Acquisti dell'Area delle Tecnologie Sanitarie | Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | - 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 affidatarie; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida. |

Mis.15 - Programmazione misure Area Tecnica Manutentiva

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|------------------------------------|--|---|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| <i>Procedure dell'Area Tecnica</i> | Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica | Direttori U.O.C. Provveditorato STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - 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; - Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate affidatarie; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida; - 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; - Quantificare il numero di affidamenti fatti in un determinato arco temporale che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) rispetto a tutti gli affidamenti effettuati in un determinato periodo. Sebbene, infatti, questo criterio troverà uno spazio sempre maggiore con l'introduzione delle nuove direttive, esso presenta un più elevato rischio di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso. |

Mis.16 - Programmazione misure selezione del Contraente

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Selezione del Contraente</i> | Monitoraggio Selezione del Contraente | Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti. | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Conteggio del numero 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. |

Mis.17 - Programmazione misure Esecuzione del Contratto

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---------------------------------|--------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Esecuzione del Contratto</i> | Esecuzione del Contratto | Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti. | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. |

Mis.18 - Programmazione misure Gestione del Patrimonio

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|---|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione del Contratto</i> | Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione del Contratto | Direttori U.O.C. Patrimonio | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. |

Mis.19 - Programmazione misure Gestione Pagamenti

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-------------------------------|------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Gestione dei pagamenti</i> | Gestione dei pagamenti | Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti Controllo Case di cura e centri privati accreditati | In attuazione | In essere da completare dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - 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. |

Mis.20 - Programmazione misure di Reclutamento Personale

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|---|------------------------------|--|--|---|
| <i>Reclutamento del personale Incarichi e nomine</i> | Reclutamento del personale Incarichi e nomine | Direttore U.O.C. GRU | In Attuazione ad ogni evento concorsuale incarico e/o nomina | In essere - completare Entro dicembre 2022 la verifica a campione delle autocertificazioni dei Commissari di Concorso in particolare art. 3 D.lgs. 39/13 | <ul style="list-style-type: none"> - 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); - Criteri di scelta di commissioni di concorso neutrali e competenti. |

Mis.21 - Programmazione Misure ALPI

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-------------|--------|--|---------------------------------|---|--|
| <i>ALPI</i> | ALPI | Direttori U.O.C. AA.GG. Dirigenti ALPI | In Attuazione | In essere - da completare Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe); - Numero di prestazioni erogate in extramoenia rendicontate/rispetto ad una valutazione della particolare competenza e specializzazione del medico (valutazione soggettiva). |

Mis.22 - Programmazione misure per le liste di attesa

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-----------------------|----------------|--|---------------------------------|---|--|
| <i>Liste d'attesa</i> | Liste d'attesa | Direttori U.O.C. AA.GG. Dirigenti ALPI | In Attuazione | In essere - da completare Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali; - Garantire un'adeguata apertura ambulatoriale nei PP.OO. - Applicazione del Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa |

Mis.23 - Programmazione misure Controlli nelle Strutture Accreditate

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|---------------------------------------|--|--|---|--|
| <i>Controlli nelle strutture accreditate</i> | Controlli nelle strutture accreditate | Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate | Attuata parzialmente (vedi Nota N.1220981) In Attuazione | In essere – da completare Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Numero controlli in sito 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 nominati per controlli in sito; - Adozione di procedure interne relative ai controlli. |

Mis.24 - Programmazione misure Servizi Distrettuali ed Ospedalieri

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|--|
| <i>Servizi Distrettuali ed Ospedalieri</i> | Servizi Distrettuali ed Ospedalieri | Direttori U.O.C. Distretti e PP.OO | In Attuazione | In essere – da completare Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Numero controlli inerenti l'assistenza riabilitativa e protesica; - Numero Concessione benefici ai dipendenti confronto triennale Adozione di procedure interne su decessi intraospedalieri, informazioni farmacologiche; - Verifica andamento Liste di attesa ed ALPI. |

Mis.25 - Programmazione misure PTRI-Cogestori

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-------------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|---|---|
| <i>I PTRI le UVI ed i Cogestori</i> | I PTRI le UVI ed i Cogestori | Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario | In Attuazione | In essere – da completare Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori; - Numero di pazienti/utenti assegnati ai cogestori per anno nell'ultimo triennio; - Verifica dei report distrettuali al Coordinamento Socio sanitario. |

Mis.26 - Programmazione misura Spesa Farmaceutica

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|--|---|--|---------------------------------|---|--|
| <i>Spesa farmaceutica convenzionata ed interna</i> | Spesa farmaceutica convenzionata ed interna | Direttori U.O.C. Dipartimento Farmaceutico | In Attuazione | In essere – da completare Entro dicembre 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Numero delle autocertificazioni dei professionisti esterni rispetto al Totale dei professionisti; - Trasparenza e pubblicazione delle dichiarazioni sul sito web aziendale; - Numero dei report notificati ai singoli MMG e PLS. |

Mis.27 - Programmazione misure Reclutamento personale Emergenza Covid-19

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|--|---|--|---|--|
| <i>Reclutamento del personale per Emergenza COVID 19 Incarichi e nomine</i> | Reclutamento del personale per Emergenza COVID 19 Incarichi e nomine | Direttori U.O.C. GRU; Direttore Cure Primarie | In Attuazione ad ogni evento concorsuale incarico e/o nomina | In essere – da completare Entro dicembre 2022 | - Coerenza tra la richiesta di avvio della procedura e le esigenze emergenziali come da norme di Legge per l'emergenza vigenti; - Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento in materia di reclutamento del personale, al rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia"; - Criteri di scelta, mediante avvisi di procedure pubbliche trasparenti totalmente riportate in ogni fase su sito web aziendale; - la verifica a campione delle autocertificazioni dei Commissari e degli incaricati in particolare art. 3 D.lgs. 39/13 |

Mis.28 - Programmazione misure Whistleblowing 2022

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|-----------------------|--|--|---------------------------------|----------------------------|--|
| <i>Whistleblowing</i> | - Nomina del Gestore delle comunicazioni all'UIF; - Formalizzazione dei responsabili della procedura anticiclaggio; - Acquisizione ed implementazione dell'applicazione telematica per le segnalazioni all'UIF | Direttore Generale; Direttori UOC C.I.G e Sistema Informatico; RPC (input) | | Entro giugno 2022 | - Atto di nomina - Implementazione dell'Applicazione telematica delle segnalazioni all'UIF. |

Mis.29 - Programmazione misure Antiriciclaggio

| Misure | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Stato di Attuazione al 1/1/2022 | Tempistica dell'attuazione | Indicatore di monitoraggio |
|---|---|--|---------------------------------|----------------------------|--|
| <i>Applicazione normativa antiriciclaggio</i> | - Implementazione procedura segnalazioni tramite Acquisizione applicativo informatico ANAC; | Direttore UOC C.I.G. e Sistema Informatico RPC (impulso) | | Entro giugno 2022 | - 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. | | | Entro maggio 2022 | |

Monitoraggio misure trasparenza e indicatori di monitoraggio

| Area strategica | Obiettivo strategico | Obiettivo operativo | Indicatore | Risultato 2019 | Target 2022 | Fonte dati | Resp. 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 |
| Trasparenza | Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini | Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito az. | Organizzazione della giornata della trasparenza | | Organizzazione della settimana della trasparenza e accesso al blog | Sito aziendale Responsabile Trasparenza | RT |

| Area strategica | Fonte dati | Resp. monitoraggio |
|--|------------|--------------------------|
| <i>Monitoraggio per la rilevazione quantitative e qualitative degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per contare gli accessi alla sezione</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine web in cui è strutturata la sezione</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se la ha già consultata in precedenza</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccoglierne i giudizi</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |
| <i>Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini</i> | Sito WEB | Responsabile Trasparenza |

Monitoraggio attuazioni norme della Privacy

| Obiettivo | Obiettivo 2022 | Resp. monitoraggio |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>Nomina Delegati al trattamento</i> | 100% | DG/Ref.Privacy |
| <i>Produrre informative per "Autorizzati al trattamento dati"</i> | 100% | Ref.Privacy |
| <i>Individuazione "Autorizzati al trattamento dati "e consegna informative</i> | 100% | Tutti i Delegati/Ref.privacy |
| <i>Aggiornamento Linee Guida</i> | 100% | Ref.Privacy |
| <i>Aggiornamento DPIA</i> | 100% | Ref.Privacy |
| <i>Attivare formazione Privacy per I Delegati</i> | 100% | Serv.Formazione e Ref.Privacy |
| <i>Attivare formazione Privacy per autorizzati al trattamento dati</i> | 100% | Ref.Privacy |