



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

Direttore Generale: Gaetano GUBITOSA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025

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





Sommario

PREMESSA	5
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
1.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	7
<i>Chi siamo</i>	7
<i>Cosa facciamo</i>	8
<i>L'amministrazione "in cifre"</i>	11
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	16
2.1 VALORE PUBBLICO	16
<i>Digitalizzazione</i>	22
<i>Accessibilità per disabili ed over 65</i>	27
<i>Interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento del parco attrezzature elettromedicali - Accelerazione delle procedure</i>	27
<i>Tutela dell'ambiente e green economy</i>	29
2.2 PERFORMANCE	31
<i>Albero della performance</i>	32
2.2.1 <i>Analisi del contesto</i>	33
<i>Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali</i>	34
<i>Analisi del contesto esterno</i>	34
<i>Analisi del contesto interno</i>	35
<i>I dati di attività degli anni precedenti</i>	36
<i>Le attività nell'ambito delle relazioni con il pubblico</i>	42
<i>La gestione dell'esercizio 2022 e l'influenza dell'evento pandemico da covid-19</i>	45
<i>Le prospettive per l'anno 2023</i>	49
2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	50
<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	52
<i>La valutazione della performance individuale</i>	52
2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI	55
<i>Obiettivi strategici assegnati all'Azienda</i>	55
<i>Obiettivi operativi</i>	57
2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE	59
<i>Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane</i>	63
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	64



2.3.1 L'iter di adozione	66
2.3.2 La governance del sistema della prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	67
2.3.3 Valutazione del rischio	68
2.3.4 Il trattamento del rischio.....	71
2.3.5 Obbligatorietà delle misure.....	74
2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico.....	74
2.3.7 La trasparenza ex D.Lgs 33/2013 e D.Lgs. 97/2016.....	75
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	80
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	80
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	84
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	90
3.3.1 Piano Aziendale di Formazione	92
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	95
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	95
4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza.....	96
4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile.....	97
4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale	98
Allegati	

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

1.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

Chi siamo

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

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

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

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

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

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

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

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

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

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

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

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

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

Cosa facciamo

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

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

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

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", in applicazione dell'Atto aziendale definitivamente approvato con deliberazione n.234 del 17/04/2018, che ha recepito le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018, in coerenza con il DCA 103/2018, nell'attuale configurazione:

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

per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ex Seconda Università) che della Università "Federico II" di Napoli. In esecuzione del D.C.A. n.60 del 15/10/2010, rinnovato successivamente dal D.C.A. n.47 del 10/06/2016, sono stati disciplinati i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (ora "Luigi Vanvitelli"), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria. Per effetto degli stessi, attualmente, nell'Azienda Ospedaliera di Caserta sono previste le seguenti discipline a direzione universitaria:

- Cardiologia, codice disciplina 08;
- Unità Coronarica, codice disciplina 50;
- Malattie Infettive e Tropicali, codice disciplina 24.

Vision

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

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

Principi Ispiratori

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

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

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

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

L'amministrazione "in cifre"

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

Il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.103 del 28.12.2018, "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M.

70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018”, attribuisce a questa Azienda n.613 posti letto, ai quali si sono aggiunti ulteriori 32 posti letto di terapia intensiva ai sensi del DGRC 378/2020, per un totale di 645 posti letto, attualmente non tutti disponibili a causa dei lavori di ristrutturazione ex L.67/88 art. 20 che stanno interessando alcune strutture.

Una notevole importanza nella risposta ai bisogni di salute da parte dell’Azienda Ospedaliera di Caserta è rappresentata dalla cura delle malattie del sistema cardiocircolatorio, in particolare le più incidenti per frequenza sono le malattie emorragiche intracraniche, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.

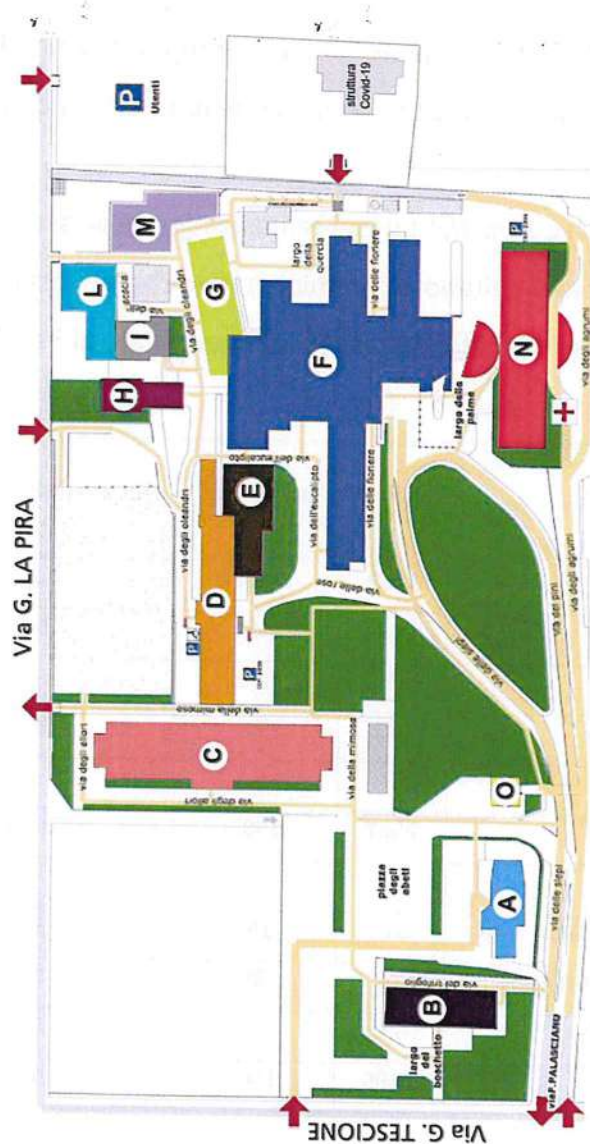
Il pattern d’eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell’area medica e chirurgica.

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

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

L’azienda espleta le proprie attività all’interno di un unico presidio composto da 13 edifici contrassegnati ciascuno da una lettera diversa dell’alfabeto.

Si riporta di seguito la pianta dell’Ospedale con l’indicazione degli edifici e dei principali servizi in essi allocati:



Risorse umane

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

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

contorni estremamente rilevanti, in quanto la natura propria di Azienda di Rilievo Nazionale non permetteva di dilazionare risposte di alta specialità, né permetteva di delegare ad altre strutture i compiti propri dall'AO.

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

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2022 è così riassunta:

PERSONALE	Previsti	In servizio	Tempo determinato	posti vacanti
Ruolo Sanitario	1569	1239	21	309
Ruolo Professionale	10	13	0	3
Ruolo Tecnico	340	242	10	88
Ruolo Amministrativo	148	91	3	51
Totale	2067	1585	34	448
Totale DIRIGENZA MEDICA	510	355	8	147
Totale DIRIGENZA SANITARIA	35	30	0	5
Totale DIRIGENZA P.T.A.	24	18	0	6
Totale COMPARTO	1498	1182	26	290

Risorse tecnologiche

Il parco tecnologico dell'AORN, in termini di apparecchiature biomediche, consiste in circa 6.000 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 45.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano installate:

- N. 3 TC (una 256 slices, una 320 slices, una 16 slices);
- N. 1 RMN;
- N. 4 sistemi per angiografia (tre per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).
- N. 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

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

Risorse finanziarie

L'azienda Ospedaliera elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza. Il bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell'esercizio. In merito vedi quanto nei paragrafi che seguono del presente documento.

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Obiettivi Generali

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

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

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



In generale, si può affermare che la creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale, nonché di benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro. In particolare, l'Azienda per l'anno 2022 ha affidato alle strutture aziendali competenti specifici obiettivi riguardanti:

- il monitoraggio del benessere organizzativo attraverso somministrazioni di questionari e analisi in focus group;
- il miglioramento della comunicazione all'esterno attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, quali ad esempio, l'aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet, etc.);
- la formazione specifica dei Dirigenti finalizzata ad una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità.

Inoltre, l'Azienda ha provveduto ad affidare alle strutture sanitarie competenti obiettivi specifici, riportati a seguire nel prossimo paragrafo, in grado di definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo.

Sul fronte della tutela delle diversità, l'Azienda ha programmato una serie di interventi mirati alla sensibilizzazione del personale e dell'utenza, anche attraverso la creazione di percorsi dedicati da individuare parallelamente a quelli ordinari. Inoltre, per dare attuazione a quanto programmato sull'argomento, sono stati predisposti anche alcuni percorsi formativi per la sensibilizzazione del personale dipendente. Per esempio, fa parte del piano formativo dell'anno 2023 il corso "Equità in sanità: i modelli, gli strumenti e le pratiche".

L'azienda, inoltre, dal 2022 fa parte del Progetto "ENRICH Project: Enhancing the resilience of Italian healthcare and hospital facilities" in convenzione con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II". Il progetto mira a migliorare la resilienza delle strutture sanitarie italiane rispetto all'adattabilità funzionale e alle prestazioni sismiche, con riferimento sia alle strutture immobiliari e tecnologiche, che a quelle organizzative e di gestione delle risorse umane.

Nell'ambito della sensibilizzazione e motivazione del personale su tali argomenti, si inquadra anche la copiosa ed articolata attività svolta dal C.U.G. aziendale di cui, alcune linee di attività, sono mirate, oltre che al benessere degli operatori, anche a quello dell'utenza.

Infine, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nell'apposita sottosezione dedicata alla performance gli obiettivi assegnati da PTPCT che costituiscono obiettivi per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2023 -2025, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici vengono stabiliti in base agli indirizzi fissati dalla direttiva annuale del Direttore Generale. La direttiva annuale 2023, approvata con deliberazione n.240/2023, oltre a confermare gli obiettivi individuati dalle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (Mantenimento dell'equilibrio economico-Miglioramento della qualità dell'assistenza-Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure-Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali-Ammodernamento tecnologico ed edilizio-Arruolamento e formazione continua del personale), conferma, altresì, gli

obiettivi assegnati al direttore generale contestualmente alla nomina (tra gli altri: mantenimento equilibrio economico; predisposizione e attuazione del nuovo atto aziendale; rispetto dei tempi di pagamento).

Oltre a quelli citati, gli obiettivi prettamente a carattere sanitario fissati dalla direttiva consistono in:

- Efficientamento del Pronto Soccorso
- Potenziamento delle attività onco ematologiche
- Adeguamento e potenziamento delle reti tempo-dipendenti (Rete IMA - Rete ICTUS)
- Potenziamento delle prestazioni di specialistica per l'abbattimento delle liste di attesa
- Procreazione Medicalmente assistita (PMA)
- Iniziative per favorire donazioni di organi e tessuti
- Attenzione al paziente pediatrico
- Introduzione in azienda tecnologie di alta fascia
- Potenziamento Area Servizi
- Implementare l'attenzione al paziente cronico
- Implementare azioni di promozione dell'equità in Azienda

La direttiva, poi, fornisce indicazioni anche per gli obiettivi in materia di Nuovi Sistemi di Garanzia (NSG), flussi informativi, formazione ed aggiornamento tecnologico, edilizia sanitaria, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Per il dettaglio vedasi la stessa direttiva annuale 2023.

Sulla scorta dei indirizzi nazionali, regionali e derivanti dalla direttiva, sono stati definiti gli obiettivi trasversali e quelli organizzativi riassunti nella matrice degli obiettivi allegata al piano ed a cui si rinvia per maggiori dettagli.

Programmazione finanziaria

Il Bilancio Preventivo 2023, è stato adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 830 del 21 ottobre 2022.

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

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

Sebbene il Piano di efficientamento risulti concluso, il bilancio economico previsionale per l'anno 2023 è stato redatto con l'intento di pianificare misure di contenimento dei costi e di miglioramento dell'efficienza in linea con gli obiettivi previsti dal Piano.

A) Valore della Produzione

Il valore della produzione previsto per il 2023, pari ad euro 178.984.200,74 è riferito alle voci sotto indicate:

1 - Contributi in c/esercizio	83.376.203,00
2 - Rettifica contributi c/esercizio per investimenti	-6.155.055,32
3 - Utilizzo f. di quote inutil. contrib. finalizz./vinc. es. prec.	5.718.244,26
4 - Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	90.245.513,16
5 - Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	1.084.928,70
6 - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.019.033,24
7 - Quota Contributi in C/Capitale imputata all'esercizio	3.459.170,63
8 - Incrementi delle Immobilizzazioni per Lavori Interni	0,00
9- Altri Ricavi e Proventi	236.163,07
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	178.984.200,74

La Programmazione dei ricavi si è articolata come segue:

- i contributi in c/esercizio, sulla base della Delibera Regionale di Riparto dell'FSR 2021 n. 410 del 27 luglio 2022, considerato provvisorio per il 2021 e assunto pari nella presente programmazione, ad eccezione del File F, per il quale si è presa in considerazione la Produzione reale cui alla mail della UOC Farmacia del 11 ottobre 2022; di relativa ai primi 9 mesi del 2022, con proiezione lineare su 12 mesi;

- si rappresenta, inoltre, che non sono stati considerati, i ricavi Covid-19 di cui all'Allegato 3 ter (€ 450.851,94) e Allegato 4 bis (€ 296.414,10), nonché i Contributi Extra Fondo di cui all'Allegato 3 bis (€ 3.320.868,55) del riparto FSR 2021, considerata la straordinarietà degli stanziamenti relativi all'emergenza Covid -19 previsti per gli esercizi 2020 e 2021;
- inoltre, non sono stati inseriti i Ricavi relativi ai Contributi Finalizzati, in applicazione della Nota Regionale PG/2022/0433009 del 5/09/2021;
- le voci di rettifica dei Contributi in c/esercizio, sono state definite sulla base del Piano degli Investimenti, di cui alla Nota Pec del 7 ottobre 2022 della UOC Ingegneria Ospedaliera, per quanto concerne i lavori programmati per il 2023, nonché sulla base dei fabbisogni So.Re.Sa, relativamente agli acquisti di attrezzature sanitarie, di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 720 del 26 settembre 2022, finanziati con Fondi Aziendali.
- l'utilizzo dei Fondi Vincolati e Finalizzati, sulla base delle attività che saranno implementate nel corso del 2023, in attuazione delle Linee Progettuali di cui ai Piani Operativi Regionali;
- i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, nel rispetto dei dati della Manovra Compensativa definita dalla Regione per il 2021 e provvisoriamente per il 2022, assunta pari per il 2023;
- le altre Voci di ricavo sulla base dei dati di Consuntivo 2021 opportunamente corretti per tener conto degli accadimenti gestionali che si presume si verificheranno nell'anno in corso oggetto della presente programmazione.

B) Costi della Produzione

I costi della produzione previsti per il 2023 ammontano ad Euro 173.173.592,08:

<i>Acquisti di beni</i>	<i>41.797.424,12</i>
<i>Acquisti di servizi</i>	<i>28.120.089,51</i>
<i>Manutenzione e riparazione</i>	<i>5.230.352,00</i>
<i>Godimento di beni di terzi</i>	<i>1.654.521,41</i>
<i>Costo del personale</i>	<i>84.056.839,95</i>
<i>Oneri diversi di gestione</i>	<i>1.792.797,09</i>
<i>Ammortamenti</i>	<i>3.475.711,34</i>
<i>Svalutazione dei crediti</i>	<i>42.707,10</i>
<i>Variazione delle rimanenze</i>	<i>0,00</i>
<i>Accantonamenti dell'esercizio</i>	<i>7.003.149,56</i>
<i>COSTI DELLA PRODUZIONE</i>	<i>173.173.592,08</i>

La Programmazione dei costi ha tenuto conto dei fabbisogni So.Re.Sa. di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 720 del 26/09/2022, nonché dei fabbisogni trasmessi dalle singole UU.OO.CC.

Digitalizzazione

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

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

Integrazione Cup Regionale

Nel corso del 2022 è stata realizzata l'integrazione dell'Azienda nel CUP unico regionale (Campania in salute). Lo strumento permette di prenotare le prestazioni specialistiche su un'unica piattaforma regionale cumulativa dell'offerta pubblica di tutte le aziende. Inoltre, sono presenti ulteriori funzioni accessorie che, in modalità completamente dematerializzata, consentono di gestire on-line prenotazione, pagamento e disdetta per rendere il sistema maggiormente fruibile agli utenti. In tal modo, peraltro, l'Azienda si uniforma alle linee guida regionali. È comunque sempre possibile accedere a questi servizi mediante il call-center aziendale.

Adesione a portale PagoPA: in linea con quanto richiesto dal D.L. 76/2020, l'Azienda ha aderito al programma di pagamento Pago PA con integrazione con il sistema telematico di pagamento. L'integrazione all'interno del Portale Aziendale prevede il richiamo dello specifico link al servizio di pagamento MyPay Regionale aderente al circuito PagoPA, per il pagamento delle seguenti prestazioni:

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

Integrazione con il Fasciolo Sanitario Elettronico

Di seguito sono elencati i principali documenti che sono stati completamente dematerializzati all'interno dei processi aziendali e confluiscono in maniera automatica nel Fasciolo Sanitario Elettronico: Verbali di Pronto Soccorso, Lettere di Dimissione Ospedaliera, Referti di Anatomia Patologica, Referti di Laboratorio di Analisi, Referti di Radiologia, Referti di Specialistica Ambulatoriale. Inoltre, saranno recepiti nella produzione dei sopraccitati documenti i nuovi standard XML/CDA2 che consentiranno un'indicizzazione ed estrazione di metadati utili a modelli previsionali e di indagine statistica.

Nuovo sistema informativo aziendale

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

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

Nell'anno 2023 è prevista la migrazione verso una nuova sistema informativo unico che favorisca l'accesso a tutte le informazioni riguardanti il personale con un sistema di abilitazione

opportunamente configurato. Nello stesso è previsto tra l'altro la semplificazione del login utente andando verso il riconoscimento utente mediante codice fiscale e/o con l'integrazione con il sistema SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale. L'integrazione dovrà consentire di accedere ai moduli del Sistema Informativo Aziendale inserendo le credenziali di accesso SPID in ottica di "Autenticazione Federata" recependo le indicazioni ministeriali per quel che riguarda l'accesso mediante SPID. Inoltre il nuovo sistema garantirà una semplificazione dei processi amministrativi in modo da migliorarne l'efficienza e semplificare gli stessi.

Firma Digitale Remota

Nel corso del anno 2022 tutto il personale medico ed amministrativo interessato è stato dotato di firma digitale remota al fine di portare l'azienda al passo con la dematerializzazione del patrimonio documentale aziendale.

Nuova Architettura Hardware

Con l'adozione del nuovo sistema informatico l'azienda ha adottato una nuova architettura Hardware, che recepisce sia i feed-back di recenti progetti di migrazione al Cloud da parte di Azienda Sanitarie Campane, che quelli delle precedenti gare, è basata su una particolare configurazione Cloud che prevede l'erogazione dei moduli applicativi software a partire dalle Sale Server Aziendali. Ciò al fine di garantire la continuità operativa di tutte le applicazioni Aziendali - con particolare riferimento a quelle c.d. Mission-Critical come ad esempio il Pronto Soccorso e le Diagnostiche - e prevede nella Cloud il sito di Disaster-Recovery; tale scelta, rispetto ad una scelta architetturale diversa, elimina potenziali rischi di interruzione dei servizi. In particolare, la configurazione realizzata, progettata per soddisfare i necessari requisiti di affidabilità, è composta da 2 Sale Server, di cui una Primaria ed una di Business-Continuity, ubicate entrambi c/o locali dell'Azienda e un sito remoto in Cloud, per soddisfare le esigenze di Disaster-Recovery, così come richiesto dalla normativa.

Inoltre per affrontare le nuove crescenti necessità di digitalizzazione l'azienda si è dotata di nuovi computer (oltre 100 postazioni) che sono andati ad integrare ed estendere la precedente dotazione negli uffici e nei reparti.

Banda Ultra Larga

Per rendere pienamente efficiente il nuovo sistema informatico consentendo di lavorare in sinergia con il sistema regionale ed effettuare le attività di back up del cloud, è stata realizzato un upgrade dell'infrastruttura di rete che ha raggiunto la velocità di 1 Gbit/s.

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei cittadini

Il sito Informativo Istituzionale rappresenta il canale informativo WEB e presenta i servizi e le attività dell'Azienda. Nell'ottica di migliorare il reperimento delle informazioni per gli utenti, la fruibilità e l'accessibilità di tale asset strategico per l'azienda è prevista, nel corso del 2023, la pubblicazione del nuovo sito web con un Sistema di Gestione di Contenuti (CMS) basato su tecnologia Java, completamente aderente alla vigente normativa relativa all'accessibilità (circolare n. 51/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale e normativa in essa richiamata e s.m. e i.). Il progetto "Portale dell'Azienda" si prefigge quindi di rendere ampia trasparenza alla propria struttura organizzativa, ai servizi sanitari erogati, alla qualità dei propri servizi, nonché di rendere possibile l'accesso web ad alcuni dei propri servizi come ad esempio, la prenotazione di una prestazione ambulatoriale. A tal proposito, il portale dell'Azienda si propone di diventare punto di accesso unico ad informazioni, servizi e contenuti ricercati dai pazienti attuali e potenziali, nel personale dell'amministrazione, nei medici e nel personale sanitario, negli studenti e in generale nell'Azienda e nei servizi da essa erogati.

Interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti

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

Nello specifico l'Azienda aderisce al progetto "Wifi Italia"; si tratta di un progetto del Ministero delle Imprese e Made in Italy che ha come obiettivo quello di permettere a tutti i cittadini di connettersi, gratuitamente e in modo semplice tramite l'App dedicata, a una rete wifi libera e diffusa su tutto il

territorio nazionale. Recependo tale obiettivo l'Azienda ha intrapreso lavori di ampliamento della propria rete aziendale (raggiungendo la velocità di 1 Gbit/s) ed adeguamento degli edifici al fine di dotare i reparti, le zone di degenza e gli spazi comuni di antenne Wifi tali da supportare la connessione multiutente e rendere più agevole la permanenza nella struttura per degenti e visitatori.

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

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei dipendenti

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

Nel corso del 2023 sarà presa in carico all'interno del nuovo sistema informativo aziendale la gestione della sezione dedicata all'AORN all'Amministrazione Trasparente, per la tenuta della sezione del sito istituzionale Aziendale dedicata con la generazione e l'alimentazione automatica delle sezioni informative previste, a partire dai dati prodotti dai moduli applicativi componenti del sistema fornito.

Accessibilità per disabili ed over 65

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

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

L'accessibilità per disabili è garantita nei vari edifici e reparti attraverso l'impiego di tutte le misure e i dispositivi idonei allo scopo, come la realizzazione di wc per disabili, rampe di accesso e/o scale mobili negli edifici sprovvisti di ascensore (es. edificio B).

Interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento del parco attrezzature elettromedicali - Accelerazione delle procedure

Le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture sono svolte in osservanza del Codice degli Appalti vigente, il D. Lgs. 50/2016, e dei relativi aggiornamenti e semplificazioni (Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77; Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36; Decreto Legge 18 novembre 2022, n. 176). Tali procedure vengono espletate con strumenti digitali, tramite le piattaforme messe a disposizione da Consip (MEPA) e da So.Re.Sa. (SIAPS).

In virtù delle semplificazioni fornite dagli aggiornamenti al Codice degli Appalti si sta predisponendo l'affidamento della progettazione e dell'esecuzione dei "lavori per la demolizione e ricostruzione di

parte degli edifici dell'AORN" sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica realizzato dalla UOC Ingegneria Ospedaliera, per un importo di € 47.300.000,00 finanziato con fondi del PNC nell'ambito del più ampio programma di investimenti del PNRR.

In tale ottica, sono stati finanziati all'A.O.R.N. diversi interventi mirati al potenziamento dei posti letto specifici, secondo il piano previsto dalla DGRC 378/2020, ed in particolare:

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

Un importante strumento messo in campo dal Governo in questa delicata e particolare fase di gestione emergenziale è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentato dall'Italia, definitivamente approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021 e dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) nel luglio 2021, quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico, che prevede progetti di investimenti ed un ampio programma di riforme che si sviluppano su tre assi strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale), allo scopo di riparare ai danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e avviare un percorso di transizione ecologica ed ambientale.

All'interno del PNRR è prevista la Missione 6 - Salute articolata in due componenti:

- C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria;
- C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Nell'ambito del PNRR Missione 6 Salute, Componente 2 - 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) l'Azienda, in base alle strategie

condivise a livello regionale, ha previsto interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali mediante l'approvvigionamento di n.2 Tomografi Computerizzati, n.1 Risonanza Magnetica, n.2 Angiografi, n.2 Ecotomografi multidisciplinari, n.1 Ortopantomografo, n.3 Telecomandati radiologici per esami da reparto, n.1 Telecomandato radiologico per esami da PS. In quest'ottica, l'Azienda ha già provveduto ad effettuare interventi di ammodernamento del parco tecnologico Aziendale quali la sostituzione e/o nuova implementazione di n.1 Tomografo Computerizzato, di n.2 telecomandati per esami da reparto e di n.2 telecomandati per esami da PS che saranno oggetto di rimborso mediante i fondi PNRR, per un importo complessivo pari ad € 1.944.677,00 iva inclusa.

L'Azienda, inoltre, è assegnataria dei fondi PNRR per la riqualificazione sismica e ammodernamento dell'Ospedale. La fattibilità tecnica ed economica per l'utilizzo dei fondi previsti dal PNRR si è materializzata con la Deliberazione n. 935 del 23/12/2021 con cui è stato approvato il "Progetto per la demolizione e ricostruzione parziale degli edifici dell'AORN di Caserta". Con tale atto si è avviato un articolato percorso che ha visto l'approvazione di diversi ulteriori atti e che è in piena fase di sviluppo ed attuazione, il cui completamento è previsto entro il 2026.

In data 08/02/2022 si è tenuta la conferenza dei servizi, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 241/90, per l'ottenimento dei nulla osta di fattibilità per l'intervento in questione. Allo stato, sono in corso le procedure di affidamento dei servizi tecnici e per l'esecuzione dei lavori.

Tutela dell'ambiente e green economy

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

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

A titolo esemplificativo, la quasi totalità delle lampade di illuminazione sono state sostituite con lampade a LED, mentre è in corso di valutazione la realizzazione di una centrale di trigenerazione in

luogo delle attuali centrali di produzione dell'energia. Inoltre, negli edifici di prossima realizzazione, finanziati con fondi dell'art. 20 L. 68/99, sono previsti, tra l'altro, la realizzazione di impianti fotovoltaici e l'installazione di colonnine di ricarica di veicoli elettrici.

2.2 PERFORMANCE

La presente sottosezione viene elaborata in attuazione di quanto disposto dall'articolo 10, comma 1 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, aggiornato con le modifiche successivamente adottate, delle altre normative vigenti in materia e del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, adottato con deliberazione n. 262 del 29/03/2019, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

La sottosezione "performance":

- è parte di un documento programmatico triennale;
- è predisposta anche in conformità all'art.10 del "Regolamento di Amministrazione e Contabilità", approvato da questa A.O.R.N. con deliberazione n. 383 del 14 giugno 2018; esso rappresenta l'evoluzione di due altri documenti, uno con funzione di programmazione (la Direttiva annuale del Direttore Generale) e l'altro di sintesi (la Relazione Sanitaria);
- nell'ambito del presente piano è adottata in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di programmazione del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Essa contiene:

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

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

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

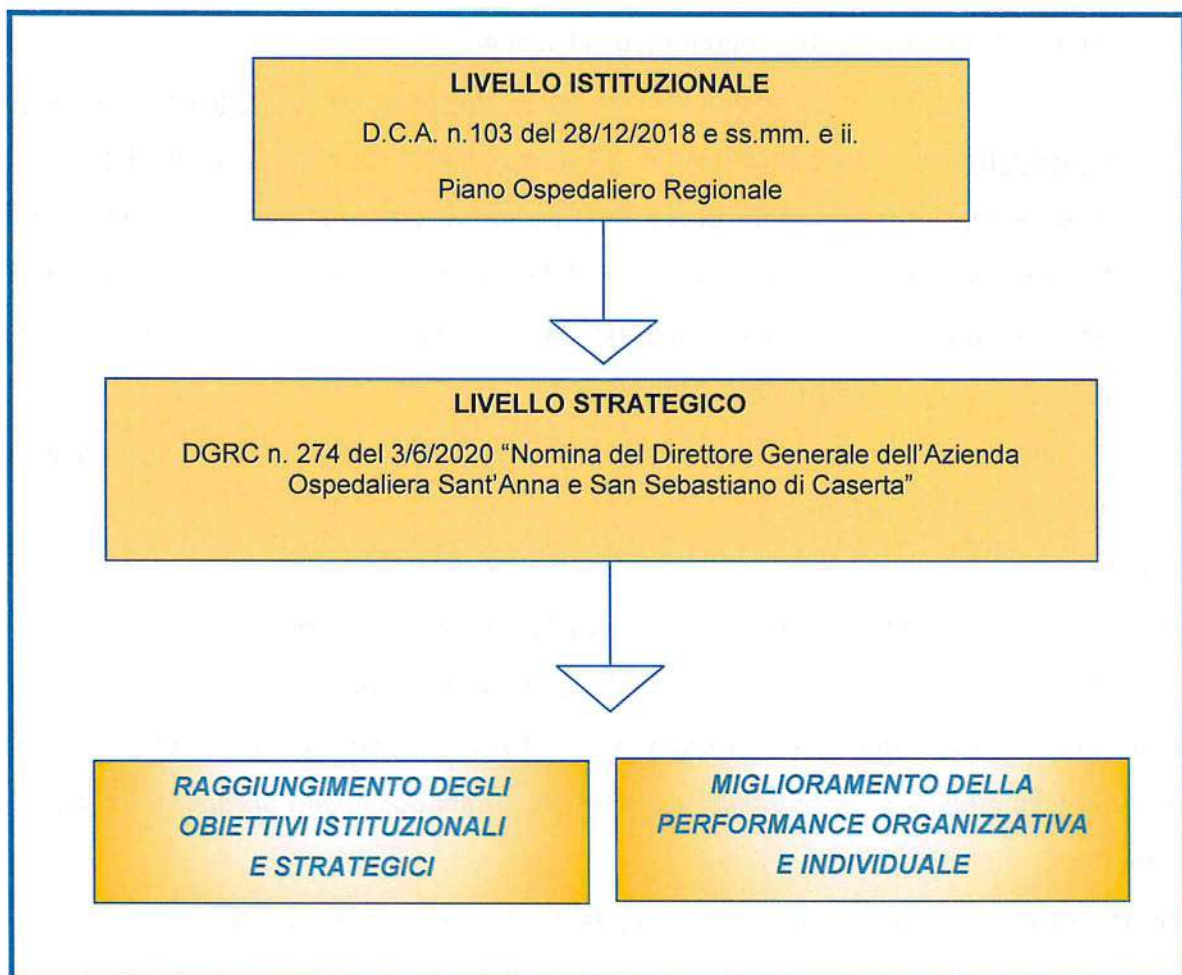
- I. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- II. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- III. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi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

interventi;

- IV. riferibili ad un arco temporale determinato;
- V. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione;
- VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

Albero della performance



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

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

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

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

2.2.1 Analisi del contesto

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

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

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

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

Analisi del contesto esterno

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

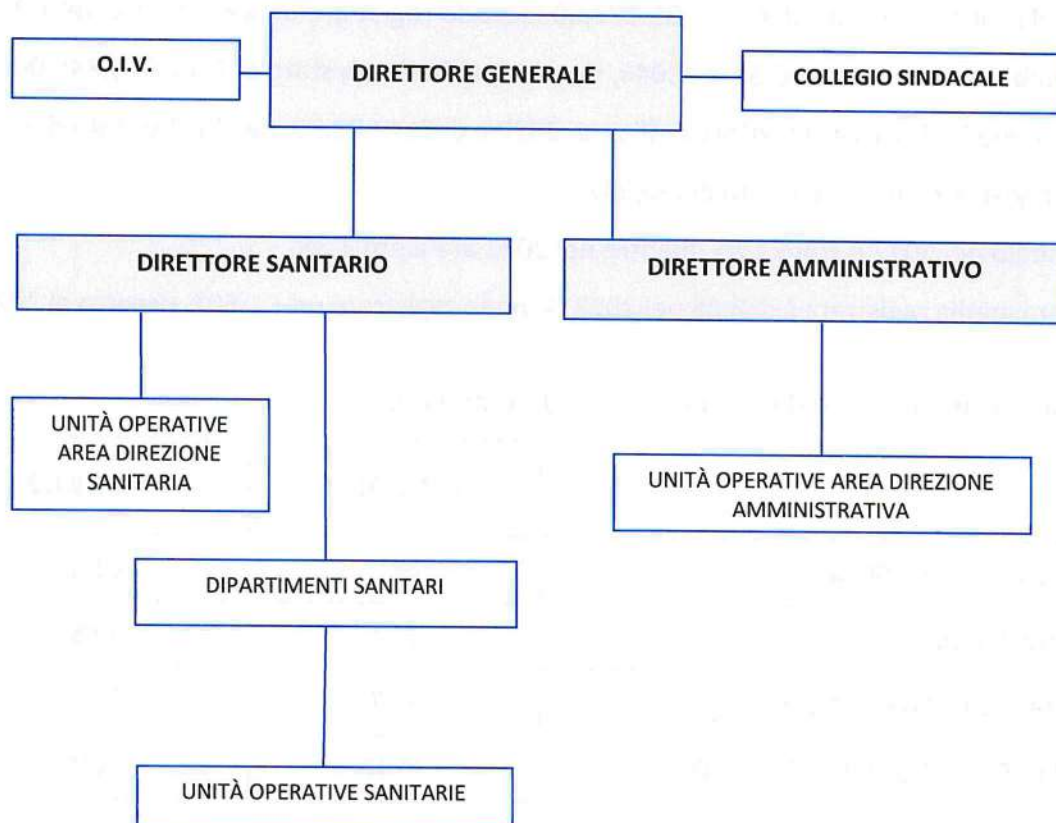
L'attività, quindi, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la provincia di Caserta.

Analisi del contesto interno

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

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dall'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 234 del 17/04/2018.

ORGANIGRAMMA GENERALE



I dati di attività degli anni precedenti

Sebbene, di norma, i dati vengano riferiti all'esercizio precedente all'anno appena conclusosi e, quindi, in questo caso, all'anno 2021, avendo già la disponibilità dei dati relativi al IV Trimestre dell'esercizio dell'anno 2022, anche se non ancora consolidati e, quindi, suscettibili di lievi aggiustamenti, si riporta, a seguire, l'analisi dei dati di attività relativa agli anni precedenti:

A) REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

Le SDO prodotte nell' anno 2022 in regime di ricovero ordinario sono state n.13.250, nello stesso periodo 2021 sono state n. 12.808 facendo registrare un incremento del +3,45%. Le SDO prodotte nello stesso periodo del 2020 erano state n. 12.777, contro le 15.077 del 2019.

Il rimborso economico nell'anno 2022 in regime ordinario prodotto è stato pari a €.62.100.357,00 nel 2021 il rimborso è stato di €. 60.585.577,60 facendo registrare un incremento del + 2,50%. Nel 2020 il rimborso era stato di €. 54.439.046, mentre nel 2019 era stato di €. 62.673.849,00.

Il rimborso medio DRG/caso trattato nell'anno 2022 è di €. 4.688,50, nel 2021 è stato di €. 4.733,21 facendo registrare un decremento del -0,94%.

Il peso medio nel 2022 è stato 1,35, mentre nel 2021 era stato 1,38.

La degenza media registrata è di 8,88 nel 2022 facendo registrare un + 1,60% rispetto al 2021 (8,74).

L' attività erogata nel corso dell'anno 2022, ha determinato:

	ANNO 2021	ANNO 2022
INDICE DI OCCUPAZIONE	86%	88%
DEGENZA MEDIA	8,74	8,88
INTERVALLO DI TURN OVER	1,17	0,98
INDICE DI ROTAZIONE POSTI LETTO	45,07	46,35

	Anno 2021	Anno 2022
Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all.B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario Valore soglia 0,24	0,13%	0,12%

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

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

**RAFFRONTO E ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO
ANNO 2022/2021**

	ANNO 2021	ANNO 2022	VARIAZIONE %
N. SDO RIC. ORDINARI	12.808	13.250	3,45%
RIMBORSO TOTALE SDO ORD	60.585.577,60	62.100.357,00	2,50%
TOTALE RICOVERI 0/1 GG	930	921	-0,97%
di cui RICOVERI DRG MEDICI 0/1 GG	329	372	13,07%
di cui RICOVERI DRG CHIRURGICI 0/1 GG	601	549	-8,65%
N. SDO DRG MEDICI ORD.	7.402	7.706	4,11%
RIMBORSO DRG MEDICI	23.540.840,60	23.301.446,00	-1,02%
N.SDO DRG CHIRURGICI	5.406	5.544	2,55%
RIMBORSO DRG CHIRURGICI	37.044.737,00	38.798.911,00	4,74%
PESO MEDIO	1,38	1,35	-2,17%
RIMBORSO MEDIO PER CASO	4.733,21	4.688,50	-0,94%
INDICE DI OCCUPAZIONE	86	88	1,81%
DEGENZA MEDIA	8,74	8,88	1,60%

L'attività erogata nel corso dell'anno 2022 evidenzia:

- un incremento dei rimborsi totali da DRG, passati da € 60.585.577,60 nel 2021 ad € 62.100.357,00;
- un lieve decremento del peso medio;
- una riduzione dei ricoveri di 1 gg;
- incremento della produzione dei DRG/chirurgici;
- una lieve riduzione del valore medio DRG.

B) REGIME DI RICOVERO DH/DS

L'analisi effettuata evidenzia quanto segue.

L'analisi è stata condotta sulle SDO in regime di DH/DS trasmesse che sono state 4.827 nell'anno 2022 nel 2021 sono state 4.883 con un decremento del -1,15%. Nel 2022 il valore economico è stato di €8.115.430,60 , mentre nel 2021 era stato di € 8.216.843,20 facendo registrare un decremento del -1,23%.

C) RIEPILOGO TOTALE

In sintesi possiamo affermare che il rimborso economico totale delle SDO prodotte complessivamente in regime ordinario e DH/DS nell' anno 2022 è pari a **€70.215.787,60** nello stesso periodo 2021 è stato di €68.802.420,80 con un incremento percentuale circa del **+ 2,05%**.

Il totale delle SDO in regime ordinario e DH/DS prodotte nell' anno 2022 è stato di **18.077** nel 2021 è stato di 17.691 facendo registrare un incremento del **+2,18%**.

D) ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Per questa categoria, i dati dell'esercizio 2022, confrontati con quelli dell'anno precedente, sono i seguenti:

Unità Operative	Flusso informativo Anno 2022			Flusso informativo Anno 2021		
	N Prestazioni	Prest. Equivalenti	Tot. Imp. Prest.	N Prestazioni	Prest. Equivalenti	Tot. Imp. Prest.
ANATOMIA PATOLOGICA - SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	3.373	21.517	111.028	362	1.364	7.038
ASSIST. NEONATALE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	168	1.058	5.458	91	574	2.961
CAMERA IPERBARICA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.538	22.408	115.627	737	5.098	26.305
CARD. CLINICA UNIV - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	600	2.422	12.500	1.368	4.624	23.858
	1	2	12			
CARDIOCHIRURGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	426	1.541	7.952	369	1.477	7.623
CARDIOLOGIA E RIAB - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	9.773	49.318	254.483	9.595	51.549	265.994
				284	1.774	9.156
CH D'URGENZA-TRAUM - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	52	42	218	125	97	501
CHIRURGIA MAXILLO ODONTOST. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.323	5.259	27.134	1.279	4.898	25.272
CHIRURGIA GENERALE WEEK SURG. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.376	4.406	22.734	1.447	4.996	25.780
				2	5	26
CHIRURGIA VASCOLARE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	925	3.617	18.663	883	3.176	16.391
DAY SURGERY - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	284	4.529	23.372	393	15.062	77.717
DERMATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.050	12.221	63.063	2.978	9.725	50.180
ELETTROSTIMOLAZ. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.949	11.900	61.404	2.978	11.993	61.883
				6	20	105
FISIOPAT. EPATICA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.020	4.034	20.815	1.184	3.954	20.402
GASTROENTEROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.503	18.869	97.363	2.707	19.705	101.676
GERIAT ENDOC.RIC. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	643	1.978	10.208	1.522	4.783	24.679
OSTETRICIA E GINEC. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.889	7.772	40.105	105	507	2.618
IMMUNOEMATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	3.294	19.627	101.275	2.780	14.309	73.836
MALATTIE INFETTIVE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.866	9.007	46.478	3.169	10.302	53.157
MEDICINA D'URGENZA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	542	1.796	9.268	488	1.750	9.028
MEDICINA INTERNA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	5.809	18.535	95.640	4.749	15.003	77.414
MEDICINA RIABILIT. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	183	709	3.657	199	756	3.902
NEFROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	6.082	115.638	596.692	5.763	107.994	557.249
NEONATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	214	1.281	6.608	225	1.361	7.021
NEUROCHIRURGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.541	5.673	29.272	1.480	5.287	27.282
NEUROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.355	14.380	74.199	5.134	18.814	97.082
OCULISTICA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	5.803	51.849	267.542	8.842	97.314	502.141
ONCOEMATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	5.132	17.860	92.157	4.774	16.951	87.469
ONCOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.480	7.631	39.374	2.682	8.293	42.790
ORL - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.676	14.986	77.330	4.143	14.266	73.614
ORTOPEDIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.918	16.608	85.695	5.251	25.084	129.436
OSTETRICIA E GINEC. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.504	10.556	54.468	2.266	10.959	56.546
LABORATORIO ANALISI - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	61.162	68.824	355.130	47.333	65.898	340.032
PEDIATRIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.232	4.317	22.275	1.083	3.758	19.389
PNEUMOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.741	14.176	73.147	3.754	19.223	99.193
RADIOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	6.838	78.322	404.141	5.036	58.126	299.928
SENOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.425	4.176	21.547	1.471	4.394	22.675
STROKE UNIT - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	351	2.202	11.363	44	279	1.440
TERAPIA DEL DOLORE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.615	6.303	32.524	358	1.721	8.878
UROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.302	11.709	60.416	2.206	11.093	57.241
Totale	156.472	650.138	3.354.710	145.068	690.334	3.562.125

Nota: fonte dati CUP - programma Virgilio Web Hospital – Piattaforma C.U.P. regionale (dal 16 maggio)

E) ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Per il pronto soccorso, i dati dell'esercizio 2022, confrontati con quelli degli anni precedenti, sono riportati a seguire.

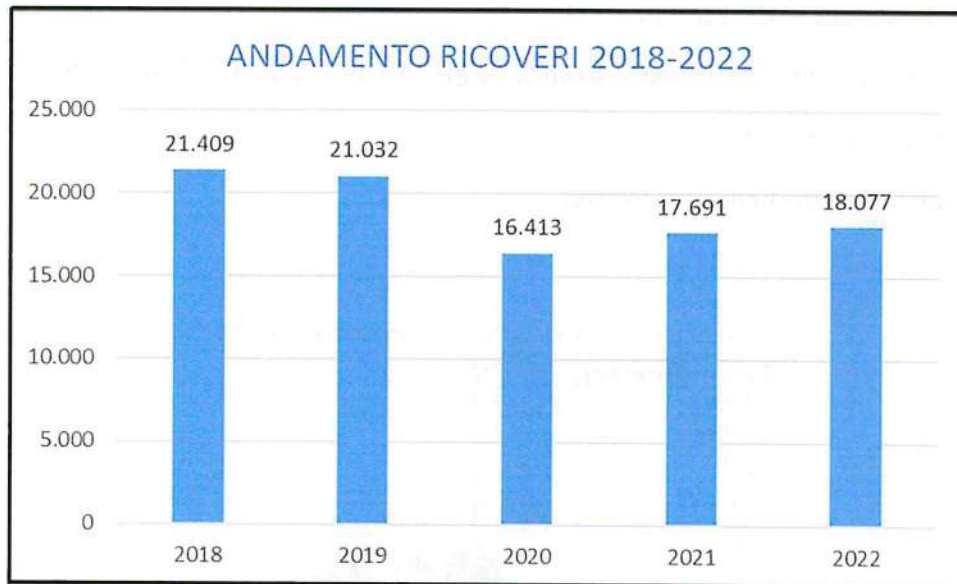
DATI COMPLESSIVI P.S. ANNO 2022 (GENERALE+PEDIATRICO+GINECOLOGICO)														Anno 2021
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	TOTALE	Anno 2021
Trasferimento OBI in Pediatria			1		1	1				-	-	-	3	8
Deceduto in PS	17	8	24	13	16	8	13	11	12	12	10	18	162	153
Inserito per errore	22	26	19	33	32	21	27	23	23	-	-	-	226	364
Trasferito	38	28	28	49	58	49	59	32	60	52	42	66	561	408
Trasferim. OBI Ostetricia	64	48	44	59	62	73	71	78	77	-	-	-	576	591
Abbandono prima della visita	88	144	213	252	299	296	217	243	275	-	-	-	2.027	1.656
Rifiuta Ricovero	236	254	288	336	340	311	330	347	387	340	367	430	3.966	2.777
Abbandono in corso accertamenti	286	308	349	402	493	444	446	522	459	402	464	456	5.031	3.925
Ricoverato	724	722	717	698	720	702	720	710	782	672	727	798	8.692	8.404
Dimissione Domiciliare	644	594	866	958	1179	1.026	979	796	837	1.429	1.502	1.728	12.538	5.658
Dimissione Ambulatoriale	2174	2079	2447	2524	2723	2.793	2.660	2.913	2.844	1.773	2.010	2.118	29.058	30.984
TOTALE ACCESSI	4.293	4.211	4.996	5.324	5.923	5.724	5.522	5.675	5.756	4.680	5.122	5.614	62.840	54.928
Nero	8	6	20	13	11	8	11	10	7	6	10	18	128	121
Rosso	50	42	47	34	53	37	35	33	51	39	38	45	504	621
Giallo														701
Non Eseguito	39	97	95	95	84	80	62	70	78	-	-	-	700	1.172
Azzurro	284	271	362	402	356	383	415	429	443	369	417	500	4.631	3.099
Arancione	407	439	454	416	475	384	459	436	475	413	410	468	5.236	4.200
Bianco	869	851	1154	1127	1373	1.449	1.344	1.417	1.293	993	1.099	1.052	14.021	12.307
Verde	2636	2505	2864	3237	3571	3.383	3.196	3.280	3.409	2.860	3.148	3.531	37.620	32.707
TOTALE ACCESSI	4.293	4.211	4.996	5.324	5.923	5.724	5.522	5.675	5.756	4.680	5.122	5.614	62.840	54.928

Nell'anno 2022 gli accessi complessivi registrati sono risultati complessivamente pari a 62.840; nel 2021 erano stati 54.928; nel 2020, per effetto della pandemia, erano stati 48.407, mentre nel 2019 gli accessi erano stati 77.513.

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

	DATI PRONTO SOCCORSO GENERALE		DATI PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO		DATI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	
	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021
Trasferimento OBI in Pediatria	0		0		3	8
Deceduto in PS	162	153	0		0	
Inserito per errore	201	336	14	10	11	18
Trasferito	485	356	0		76	52
Trasferim. OBI Ostetricia	12	7	564	584	0	
Abbandono prima della visita	1.995	1.617	27	35	5	4
Rifiuta Ricovero	3.340	2.254	136	125	490	398
Abbandono in corso accertamenti	4.837	3.812	144	78	50	35
Ricoverato	6.684	6.771	1.400	1.179	608	454
Dimissione Domiciliare	3.703	3.567	1.595	1.617	7.240	474
Dimissione Ambulatoriale	26.030	24.521	2.623	2.244	405	4.219
TOTALE ACCESSI	47.449	43.394	6.503	5.872	8.888	5.662
Nero	129	121	0		0	
Rosso	499	617	1	2	4	2
Giallo		667		31		3
Non Eseguito	696	1.156	2	1	6	15
Azzurro	4.446	2.903	155	133	66	63
Arancione	5.195	4.108	46	76	11	16
Bianco	10.778	9.576	375	446	2.910	2.285
Verde	25.706	24.246	5.924	5.183	5.891	3.278
TOTALE ACCESSI	47.449	43.394	6.503	5.872	8.888	5.662

A completamento dei dati sopra esposti, si riportano, di seguito, i dati in forma sintetica confrontati con quelli degli anni precedenti, da cui risalta evidente l'influenza che ha avuto la diffusione della pandemia da Covid-19 sulle prestazioni erogate:



Il grafico evidenzia l'influenza, in termini di riduzione dei ricoveri, che l'emergenza pandemica ha determinato.

Tuttavia, nel 2022 il trend si è chiaramente invertito con un recupero in termini di numero di ricoveri ed in termini di rimborsi. Il grafico di seguito, confrontato col precedente, evidenzia questo aspetto:



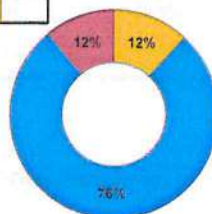
Le attività nell'ambito delle relazioni con il pubblico

Nell'anno 2022 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp):

- Nel settore **Relazioni con il Pubblico**:
 - **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.878 contatti, di cui:
 - n.528 per informazioni
 - n.350 per problematiche varie;

URP
CONTATTI UTENTI GENNAIO - DICEMBRE 2022 / MODALITÀ DI CONTATTO

MODALITÀ DI CONTATTO	N°	%
VERBALE	103	12
TELEFONO	671	76
EMAIL	63	12
PEC	41	
TOTALE CONTATTI	878	



- **Raccolta e Gestione delle Segnalazioni del Cittadino: Reclami ed Elogi**
sono state raccolte e gestite un totale di:
 - n.15 reclami scritti, per un totale di n.25 segnalazioni;
 - n.22 elogi scritti, per un totale di n.27 segnalazioni di merito.

Nell'anno 2022 l'Ufficio stampa e relazioni con i media:

- Nell'ambito dell'area di attività Ufficio stampa e relazioni con i media ha curato le attività di informazione dell'Azienda ospedaliera indirizzate ai mass media:


- ❖ gestendo i rapporti con: stampa, televisione, radio, new media;
 - ❖ redigendo e inviando alle redazioni giornalistiche comunicati stampa riguardanti l'attività dell'Ospedale e del suo vertice istituzionale, relativi a iniziative ed eventi promossi e sostenuti dall'Ospedale stesso;
 - ❖ pubblicando sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), in una sezione dedicata, i comunicati stampa elaborati e la rassegna stampa di riferimento;
 - ❖ monitorando e gestendo quotidianamente la rassegna stampa in materia di sanità, prodotta da una Società esterna di settore.
- Nell'ambito dell'area di attività **Comunicazione Istituzionale - Redazione delle Informazioni al Cittadino** ha curato la redazione delle informazioni direttamente indirizzate ai cittadini sulle attività dell'Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso:
- ❖ producendo e/o aggiornando all'occorrenza i contenuti informativi di pertinenza della Carta dei Servizi, articolata in *sezioni*, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in *paragrafi* tematici:
 - L'AZIENDA OSPEDALIERA
 - L'OSPEDALE: STRUTTURE, ASSISTENZA, SERVIZI
 - GLI AMBULATORI
 - LA COMUNICAZIONE, LA TUTELA, LA PARTECIPAZIONE
 - L'AREA DIDATTICA E FORMATIVA

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

- ❖ aggiornando, all'occorrenza, per la pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), le informazioni di carattere logistico, con interventi sulla sezione Mappa Ospedale che contiene gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità operative distribuite per piano di ubicazione, e sulla sezione riferita agli elenchi delle Unità operative, distinte in Uoc e Uosd, con indicazione dei relativi Direttori / Responsabili, edificio e piano di ubicazione;

- ❖ aggiornando e modificando le seguenti schede informative, pubblicate sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it):
 - "Richiesta e ritiro della copia della cartella clinica";
 - "Prestazioni di Pronto Soccorso soggette a pagamento";

- ❖ elaborando, in occasione dell'adesione del Cup dell'AORN di Caserta al Cup unico della Regione Campania, un avviso agli utenti ambulatoriali destinato sia alla pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) sia all'affissione nella sala di attesa del Cup e negli spazi riservati agli ambulatori;

- ❖ aggiornando e implementando le seguenti locandine informative, destinate all'affissione nella sala di attesa del Cup (( edificio B):
 - "Ambulatori istituzionali: modalità di prenotazione";
 - "Ambulatori istituzionali: modalità di accesso, accettazione e pagamento ticket";
 - "Ambulatori in libera professione intramuraria: modalità di prenotazione";
 - "Ambulatori in libera professione intramuraria: modalità di accesso, accettazione e pagamento ticket".

La gestione dell'esercizio 2022 e l'influenza dell'evento pandemico da covid-19

La gestione dell'esercizio 2022 è stata caratterizzata dalla conclusione del periodo emergenziale da Covid-19 al 31/3/2022 e dal ritorno ad una gestione ordinaria delle attività, sebbene per alcuni mesi sia stata conservata la dotazione di posti letto dedicati ai pazienti affetti da Covid.

La gestione dell'esercizio 2021, come anche quella dell'anno precedente, era stata fortemente caratterizzata dall'evento pandemico che, nelle sue ondate, ha continuato a stravolgere le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

L'A.O.R.N. ha fronteggiato la pandemia, nelle sue fasi, fornendo assistenza, nelle varie intensità di cura, con propri professionisti ponendo in essere ogni adempimento necessario. Ad oggi i posti letto dedicati ai pazienti Covid sono ridotti a poche unità, essendo state create all'interno dei vari reparti di ricovero delle "bolle" con posti letto dedicati ai pazienti affetti dal virus.

Di seguito si riportano tutti gli interventi posti in essere, come meglio descritti nella relazione del direttore sanitario, negli anni 2020 e 2021 e 2022.

Anno 2020

1. Riorganizzazione delle attività ospedaliere in recepimento alla D.G.R.C. n.304 del 16.06.2020 la UOC esplicitata nella Deliberazione N. 19 del 26/06/2020 avente ad oggetto: "Emergenza covid-19 — Riorganizzazione delle attività ospedaliere in recepimento della D.G.R.C. n.304 del 16.6.2020" con la quale, si è data continuità alle attività già svolte, nonché alla formalizzazione della composizione del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie;
2. Ampliamento del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie ad altre figure per attività di gestione specifiche; affidamento del Coordinamento del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie;
3. Deliberazione N. 45 del 09/07/2020 EMERGENZA COVID-19 — DELIBERAZIONE N. 19 DEL 26/06/2020. INTEGRAZIONE;
4. Elaborazione ed adozione del "Piano Aziendale per la Sicurezza Anticontagio" e del "Protocollo di Screening per l'Accesso alle Prestazioni dell'A.O.R.N.". proposti con Deliberazione N. 56 del 15/07/2020;
5. Attivazione della Struttura Modulare di Terapia Intensiva per il ricovero di pazienti Covid

6. Riorganizzazione attività di ricovero: nota prot. 0029237/i del 07/10/2020 emergenza covid-19 — con la quale si è provveduto a mettere in atto azioni volte alla riorganizzazione delle attività assistenziali in considerazione dell'emergenza da covid 19;
7. Piano organizzativo funzionale per la gestione del paziente covid positivo nell'AORN di Caserta nelle fasi previste dalla DGRC n. 304 del 16.6.2020 e dalla DGRC n. 378 del 27.7.2020 con deliberazione n. 157 del 10-08-2020;
8. Raccomandazioni per la sorveglianza sanitaria del personale: nota prot. 0024528/i del 18/08/2020 emergenza covid-19 presa atto dell'ordinanza Regione Campania n.68 del 12.08.2020;
9. Rimodulazione attività sanitaria: nota prot. 0030464/i del 19/10/2020 emergenza covid-19;
10. Stesura e adozione Piano Vaccinale anti-sars-cov2/covid-19 per il personale dell'AORN di Caserta con Deliberazione n. 477 del 23-12-2020 e supporto all'allestimento e alla segnaletica dei percorsi di accesso, osservazione e uscita dal centro vaccinale;
11. Elaborazione protocolli per la dimissione in sicurezza del paziente covid-19 positivo con predisposizione della modulistica e del flusso informativo (Asl/sep/Regione) con Circolare prot. 31355 e 31148/2020.

Anno 2021

1. Direttive con le quali è stata stabilita la ripresa delle attività di elezione e di specialistica ambulatoriale ai sensi della nota prot. 2960 del 10.12.2020 de11'Unità di Crisi: nota prot. 0003768/i del 02/02/2021; nota prot. 0011750/i del 09/04/2021;
2. Protocolli con i quali si è provveduto a riorganizzare il modello di accesso al ricovero chirurgico programmato: nota prot. 011748/i del 09/04/2021;
3. Disposizioni e norme in tema di Accesso dei visitatori nelle strutture assistenziali dell'AORN ai sensi del DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n. 105- Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche Art. 4. Modifiche al decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52 e identificazione delle relative responsabilità di effettuazione dei controlli e di verifica nota prot. 0023564/i del 09/08/2021;

4. Percorsi chirurgici, ostetrici e interventistici per pazienti covid-19 positivi con deliberazione n. 726 del 08-10-2021 e percorsi per specifiche tipologie assistenziali del paziente COVID + (emodinamica, ostetricia, dialisi);
5. Disposizioni e norme per la sorveglianza del personale, dei contatti a rischio, della quarantena del personale sanitario e del fine isolamento;
6. Protocollo Dimissione protetta Paziente COVID-19 positivo "Clinicamente Guarito" a strutture dell'ASL Caserta individuate come COVID Resorts in attesa di negativizzazione del Tampone NF — istruzioni operative;
7. Protocollo per la dimissione in sicurezza del paziente Covid positivo e Protocollo per il trasferimento al Covid Hospital Nota prot. n 35821/i del 31/12/2021 ;
8. Elaborazione della programmazione straordinaria dopo le prime fasi dell'emergenza pandemica per il recupero delle liste d'attesa di ricoveri chirurgici e di specialistica ambulatoriale in recepimento alla DGRC 620 del 29/12/2020 proposta con Deliberazione N. 527 del 29/06/2021 e aggiornata ai sensi del DGRC n. 353 del 04/08/2021 con Deliberazione N. 710 del 29/09/2021;
9. Elaborazione di un percorso per la gestione operativa in sicurezza della salma con possibile, probabile o confermata infezione da SARS CoV-2 proposto con Deliberazione N. 240 del 18/03/2021.

Anno 2022

L'anno 2022, come detto, ha segnato un brusco rallentamento sul piano della diffusione del Covid-19 e, quindi, sulla richiesta di trattamenti sanitari dedicati. Tuttavia, le attività dedicate a pazienti affetti dal virus sono comunque risultate necessarie, sebbene in numero molto inferiore rispetto agli anni precedenti.

Nelle tabelle che seguono può essere riassunta, in maniera sintetica, la produzione registrata nell'anno 2022 per le attività sostenute a fronte dell'assistenza Covid e una quantificazione dei rimborsi relativi per codice NSIS Covid_19:

ATTIVITA' COVID 2022

COD.	UNITA' OPERATIVE	Nr. Casi Dimessi SDO	Ricoveri 0/1 gg	Rimborso TOTALE	Rimborso medio per caso	Giornate di Degenza	Deg. Media	Peso Medio
0701	CARDIOCHIRURGIA	2	1	38.491,00	19.245,50	58	29,00	4,73
0801	CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC	17	0	136.203,00	8.011,94	459	27,00	1,66
0802	CARDIOLOGIA DIREZIONE UNIV. CON UTIC	1	0	8.128,00	8.128,00	11	11,00	2,24
0806	CARDIOLOGIA COVID	17	0	124.886,00	7.346,24	377	22,18	1,93
0903	CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI	3	0	12.752,00	4.250,67	90	30,00	1,10
0906	CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA	7	0	46.608,00	6.658,29	161	23,00	1,75
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E	7	1	41.986,00	5.998,00	79	11,29	1,64
2101	GERIATRIA	38	0	211.662,00	5.570,05	1044	27,47	1,33
2401	MAL. INFETTIVE E TROPICALI A DIR. UNIV.	7	1	26.263,00	3.751,86	145	20,71	0,89
2403	MALATTIE INFETT.E TROP. A DIR. UNIV. COVID	57	2	230.791,00	4.048,96	1039	18,23	1,18
2601	MEDICINA INTERNA	32	1	146.103,00	4.565,73	778	24,31	1,15
2604	OSSERVAZIONE MEDICO CHIRURGICA COVID	48	5	159.779,00	3.328,73	436	9,08	1,05
2605	MEDICINA 1 COVID	33	1	159.562,00	4.835,21	618	18,73	1,32
2901	NEFROLOGIA E DIALISI	17	0	74.958,00	4.409,29	332	19,53	1,27
3001	NEUROCHIRURGIA	8	0	67.271,00	8.408,88	196	24,50	2,11
3201	NEUROLOGIA	5	1	16.630,00	3.326,00	44	8,80	1,21
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	38	2	256.697,00	6.755,18	719	18,92	1,73
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIR. UNIV	24	5	30.305,00	1.262,71	96	4,00	0,49
3703	OSTETRICIA E GINECOLOGIA COVID 19	60	12	83.064,00	1.384,40	199	3,32	0,53
3901	PEDIATRIA	5	0	7.689,00	1.537,80	37	7,40	0,63
3902	PEDIATRIA COVID	18	0	29.055,00	1.614,17	70	3,89	0,39
4301	UROLOGIA	6	0	39.550,00	6.591,67	130	21,67	1,54
4901	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	1	7.401,00	3.700,50	28	14,00	2,11
4905	TERAPIA INTENSIVA DIP. CARDIO - VASCOLARE	3	0	61.991,00	20.663,67	92	30,67	5,18
5001	UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	1	0	4.018,00	4.018,00	16	16,00	1,30
5101	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	8	0	102.643,00	12.830,38	199	24,88	3,10
5801	GASTROENTEROLOGIA	29	1	99.362,00	3.426,28	572	19,72	1,00
6201	NEONATOLOGIA 2° LIVELLO	2	0	1.304,00	652,00	9	4,50	0,26
6203	NEONATOLOGIA COVID	1	0	5.768,00	5.768,00	18	18,00	2,12
6401	ONCOLOGIA MEDICA	2	1	6.188,00	3.094,00	27	13,50	0,89
6601	EMATOLOGIA AD IND. ONCOLOGICO	14	3	98.657,00	7.046,93	249	17,79	2,01
6801	PNEUMOLOGIA- FISIOPATOLOGIA RESP.	14	0	63.829,00	4.559,21	338	24,14	1,41
7302	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE COVID 19	6	0	50.604,00	8.434,00	104	17,33	2,10
9468	PNEUMOLOGIA SEMI INTENSIVA COVID	107	5	1.022.880,00	9.559,63	1611	15,06	2,58
TOTALE		639	43	3.473.078,00	5.435,18	10381	16,25	1,47

Le prospettive per l'anno 2023

Le attese per la gestione dell'Azienda nell'anno 2023 saranno presumibilmente non più condizionate dall'evoluzione del quadro pandemico complessivo ed a livello locale.

Infatti, tenuto conto dell'andamento dei contagi registrato negli ultimi mesi e delle previsioni degli esperti, la diffusione dei contagi da Covid 19 non dovrebbe condizionare ulteriormente la gestione complessiva come negli anni precedenti, consentendo un ritorno, praticamente generalizzato, alla gestione ordinaria dell'azienda. Tuttavia, data la varietà e l'imprevedibilità dei possibili scenari futuri, occorrerà tenere una vigile attenzione e, laddove le condizioni lo richiederanno, procedere a futuri e progressivi adattamenti di questo piano alle varie mutazioni delle condizioni al contorno che potranno caratterizzare l'evoluzione dei vari fattori nel corso dell'anno 2023.

In generale, le prospettive di cui tener conto per l'anno 2023 sono in linea con le previsioni della direttiva del direttore generale adottata con deliberazione n.240 del 17.3.2023. Per il dettaglio, si veda il successivo paragrafo dedicato agli obiettivi strategici ed operativi.

In tal senso, è opportuno riportare i dati del bilancio di previsione relativo alle risorse finanziarie e ai costi previsti per l'anno 2023, confrontati con i dati dell'anno precedente – deliberazione n.830 del 21 ottobre 2022 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

Valore della produzione	Previsionale 2023	Previsionale 2022
A.1) Contributi in c/esercizio	83.376.203,00	87.236.892,33
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.155.055,32	-2.271.210,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	5.718.244,26	750.000,00
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	90.245.513,16	78.909.347,88
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.084.928,70	849.079,64
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.019.033,24	1.355.000,00
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.459.170,63	3.102.975,64
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00
A.9) Altri ricavi e proventi	236.163,07	151.676,05
Totale valore della produzione (A)	178.984.200,74	170.083.761,54
Costi della produzione	Previsionale 2023	Previsionale 2022
B.1) Acquisti di beni	41.797.424,12	37.513.247,23
B.2) Acquisti di servizi	28.120.089,51	22.090.559,41
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.230.352,00	4.770.899,55
B.4) Godimento di beni di terzi	1.654.521,41	1.191.444,95
Totale Costo del personale	84.056.839,95	85.746.478,23
B.9) Oneri diversi di gestione	1.792.797,09	1.794.439,47
Totale Ammortamenti	3.475.711,34	3.124.272,83
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	42.707,10	51.000,00
B.13) Variazione delle rimanenze	0	2.480.303,54
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	7.003.149,56	5.462.829,90
Totale costi della produzione (B)	173.173.592,08	164.225.475,11
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-12.608,20	-12.500,00
Totale imposte e tasse (Y)	5.798.000,46	5.845.786,43
RESULTATO DI ESERCIZIO	0	0

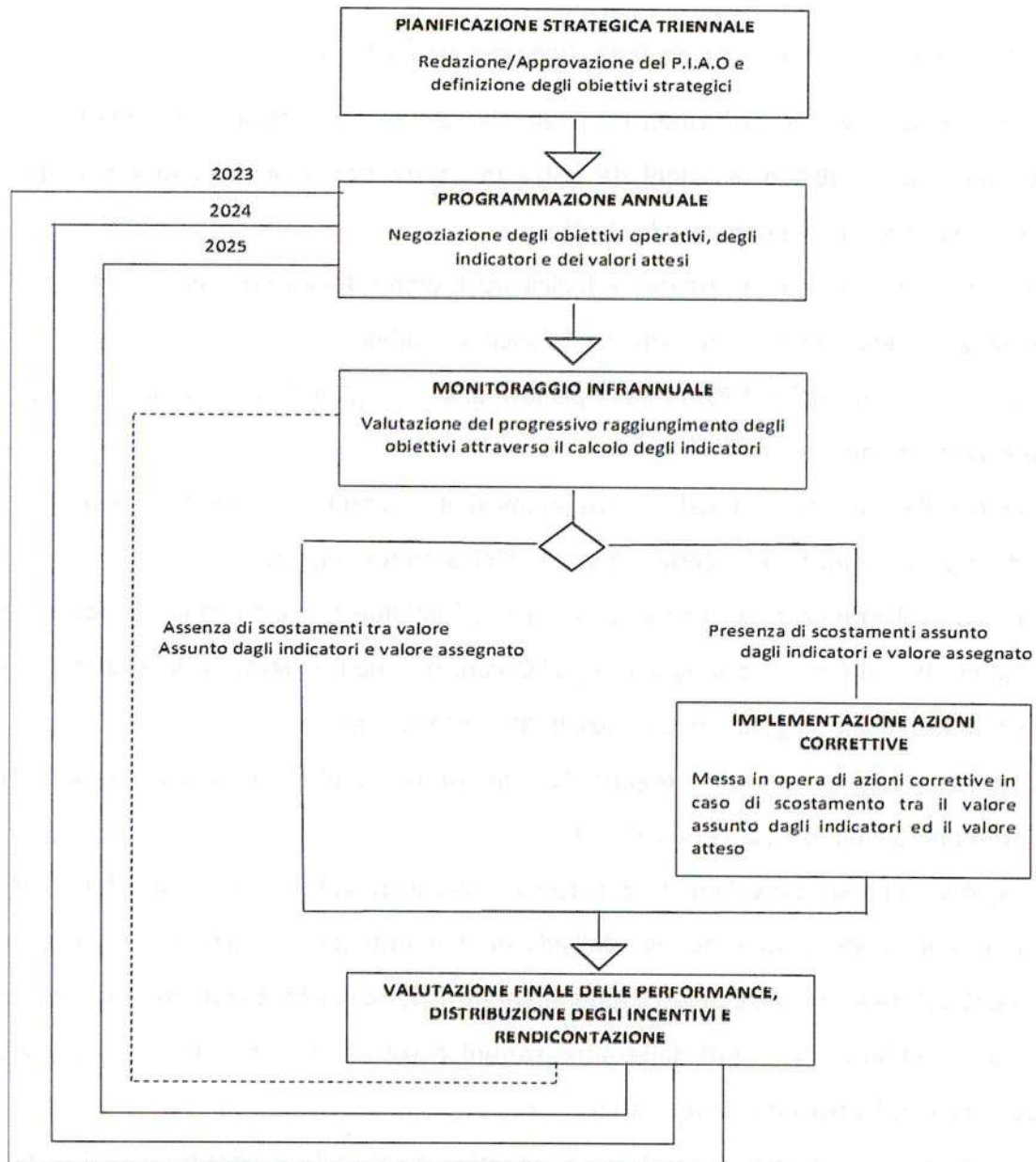
L'Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2023.

2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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



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

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

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

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

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

La valutazione della performance individuale

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

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, com'è noto, in precedenza la valutazione era limitata alla sola dirigenza.

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

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

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

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

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente:
 - al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi;
 - al **pensiero operativo** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi;
 - alla **flessibilità**, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione;
 - all'**innovazione** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili, valutabili come:

- la **pianificazione e il controllo** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri;
- l'**iniziativa** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema;
- l'**orientamento al risultato**, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi;
- la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e sull'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché sull'*ascolto* o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- **negoziazione**, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso attraverso:
 - le **reti relazionali** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali;
 - la **gestione delle risorse umane**, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali;
 - l'**integrazione organizzativa** per misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.

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

2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

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

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

Di seguito, vengono richiamati, in maniera sintetica, gli obiettivi assegnati all'azienda e quelli programmati dalla direzione strategica come desunti anche, in parte, dalla Direttiva 2023 adottata con deliberazione n.240 del 17.3.2023.

Obiettivi strategici assegnati all'Azienda

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

Le indicazioni di massima sugli obiettivi da perseguire nell'anno in corso sono definiti nella direttiva del direttore generale per l'anno 2023 pubblicata con deliberazione n.240 del 17.03.2023 a cui si rimanda per il dettaglio.

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

delle reti assistenziali; Ammodernamento tecnologico ed edilizio; Arruolamento e formazione continua del personale), anche i cosiddetti **obiettivi di carattere generale** assegnati al direttore generale con D.G.R.C. n.274 del 3.6.2020 che vengono riportati qui di seguito:

- a) *gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;*
- b) *il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- c) *la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;*
- d) *l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);*
- e) *la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;*
- f) *il rispetto dei tempi di pagamento.*

Con la stessa deliberazione di Giunta vengono assegnati gli **obiettivi specifici di natura preliminare** che sono così articolati:

- a) *erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta 'Griglia LEA' - punto E degli Adempimenti LEA), nonché dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;*
- b) *rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramuraria;*
- c) *continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.*

Inoltre, sempre la medesima deliberazione regionale assegna, all'allegato 1, gli **obiettivi tematici** riportati di seguito:

- *Percentuale di ricoveri ordinari con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici < 25%;*
- *Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico: rif. 1,4 giorni;*
- *Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia <=20%;*
- *Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM;*
- *Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO.*

Obiettivi operativi

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

Gli obiettivi operativi sono collegati a riferimenti normativi regionali, alle previsioni dell'Atto Aziendale ed all'attuazione dei decreti e delle delibere di indirizzo regionale, nonché alle previsioni della Direttiva 2023 del Direttore generale adottata con deliberazione n.240 del 17.3.2023; sono, altresì, integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, compatibilmente con lo stato di implementazione dei vari strumenti informatici gestionali, questa si strutturerà annualmente attraverso la metodica dei budget operativi con i quali si negozieranno gli obiettivi tra la direzione strategica ed i vari direttori di UU.OO., sia di area sanitaria che amministrativa.

Gli obiettivi da negoziare saranno individuati nelle seguenti aree di intervento:

Area dell'Efficacia e dell'Appropriatezza: operare scelte più efficaci e appropriate nell'ambito dell'utilizzazione dei supporti diagnostici e terapeutici per ogni singolo paziente o categoria di pazienti. Il riferimento specifico riguarda la definizione e l'applicazione di percorsi diagnostico-

terapeutici ed assistenziali ovvero l'adozione di linee guida prodotte all'interno della azienda da organismi istituzionali e professionali.

Rientrano in quest'area le decisioni essenzialmente cliniche relative alla tipologia delle risposte assistenziali ai bisogni dell'utenza in un'ottica di gradualità dell'intensità delle cure.

In specifico, si vuole tendere all'eccellenza qualitativa di ogni servizio, coerentemente con il bisogno assistenziale e con l'aspettativa dei cittadini, utilizzando con flessibilità le molteplici tipologie organizzative dell'offerta: degenza a ciclo continuo per acuti e post-acuti, degenza a ciclo diurno medica e chirurgica, one day surgery, day service ed attività ambulatoriale.

Area della qualità: migliorare i livelli qualitativi delle prestazioni rese, concretizzando gli obiettivi generali già enunciati ed utilizzando due indirizzi tra loro complementari. Il primo è relativo alla qualità percepita dal singolo utente, personalizzando il servizio e costruendo un rapporto fiduciario. Il secondo introduce, nell'ambito dell'organizzazione, i principi e i metodi dell'assicurazione di qualità al fine di garantire una operatività ottimale dell'organizzazione nel suo complesso.

Questi processi sono favoriti da un idoneo sviluppo della formazione e dell'aggiornamento delle risorse umane, orientati al miglioramento continuo della qualità e ai requisiti, in generale, dell'accreditamento.

Area della Partecipazione e Valorizzazione Professionale: favorire la partecipazione degli operatori alle scelte di indirizzo e alla realizzazione dei progetti aziendali con il coinvolgimento, la sensibilizzazione, la comunicazione e la formazione; valorizzare l'apporto di tutti i professionisti nella costruzione e nel consolidamento delle strategie aziendali.

Area dell'Efficienza: migliorare le modalità di acquisizione e di utilizzo delle risorse. Rientrano in questa prospettiva anche le politiche di stoccaggio e di impiego delle risorse al fine di ottimizzare i livelli di produttività e di utilizzo delle strutture, nell'ambito di programmi condivisi in ambito provinciale.

Prevenzione della Corruzione in applicazione di quanto previsto dalla delibera CIVIT n.6/2013 e dalle successive raccomandazioni della stessa Commissione, poi Autorità Nazionale Anticorruzione, sono previsti obiettivi sia per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione che per i Direttori di UU.OO.CC. e per i Responsabili di UU.OO.SS.DD. Tali ultimi obiettivi sono corredati di indicatori e target riconducibili al Piano di Prevenzione della Corruzione. Essi incidono, in termini di peso, sulla

misurazione e valutazione della performance in modo da mantenere invariato il valore di 75/100 per i comportamenti organizzativi, e 25/100 gli obiettivi individuali, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale – deliberazione n.262/2019.

Questi ultimi, unitamente agli obiettivi di carattere generale assegnati dalla Regione, descritti nel paragrafo precedente e di cui sono una diretta declinazione, vengono assegnati ai Direttori di Dipartimento e, successivamente, dagli stessi "calati" alle unità operative afferenti, attraverso una fase di concertazione, definendo gli indicatori, il peso e le tempistiche di raggiungimento. La concertazione si è articolata, tra l'altro, durante una serie di incontri tenutisi tra la direzione strategica, i direttori dei dipartimenti, i direttori/responsabili delle varie UU.OO. aziendali ed i coordinatori del comparto. Gli stessi direttori/responsabili, su espressa richiesta della direzione aziendale, hanno fatto pervenire delle proposte per la formulazione degli obiettivi specifici.

Il dettaglio degli obiettivi che comprende anche gli operativi specifici assegnati alle diverse UU.OO. sanitarie dell'azienda è riportato nell'apposito prospetto allegato al presente piano.

La UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance provvederà, dopo l'approvazione del presente piano, all'atto dei monitoraggi intermedi e, in ogni caso, al termine dell'anno di riferimento, ad inviare a ciascuna U.O. le schede di competenza, appositamente predisposte che prevedono una relazione in merito a ciascuno dei singoli obiettivi da parte del dirigente/responsabile.

In allegato al presente piano, poi, come detto, è riportata la matrice degli obiettivi aziendali che contempla tutti gli obiettivi, distinti per U.O., assegnati dall'azienda.

2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

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

Tale sistema, tenuto conto dei risultati misurati dalle strutture aziendali competenti e validati dall'OIV, si compone dei seguenti elementi:

1. Valorizzazione dei risultati di struttura;

2. Valorizzazione dei comportamenti organizzativi individuali.

Relativamente al punto 1), per ciascuna U.O., la valutazione è determinata dal risultato come conseguente alla validazione della *Relazione sulla performance* da parte dell'OIV, sulla base delle misurazioni eseguite dalle strutture aziendali preposte, relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati.

In base al vigente SMVP, la valorizzazione dei risultati conseguiti a livello di struttura può essere formalizzata con un punteggio massimo $V_1=75$ punti.

Per ciascuna U.O. si misurerà ognuno degli obiettivi assegnati (come da matrice degli obiettivi allegata), sommando i punteggi e ragguagliandoli in 75^{esimi} secondo la seguente formula:

$$k = \frac{\sum_{i=1}^n (P_i)}{P_{max}} \times 75$$

dove

n = numero obiettivi assegnati

P_i = punteggio dell'obiettivo i-esimo

P_{max} = punteggio massimo conseguibile

Sulla base dei dati consolidati relativi all'anno di riferimento, la UOC Appropriately, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance procede al calcolo del risultato in 75^{esimi}.

Relativamente al punto 2), i comportamenti organizzativi individuali di tutti i dirigenti, del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità, nonché di tutto il personale del comparto, sono valutati dai dirigenti immediatamente sovraordinati. La valutazione si articola attraverso l'analisi dei comportamenti di ciascuno, osservabili nello svolgimento dell'attività lavorativa individuale e di gruppo; la valorizzazione di ciascuna delle voci contemplate viene formalizzata mediante la compilazione di schede di valutazione individuale appositamente concepite e riportate in allegato al presente piano.

La valorizzazione della performance individuale viene costruita attraverso una griglia il cui punteggio massimo è posto pari a $V_2=25$ punti.

Le due componenti della valutazione sopra indicate concorrono a formulare il risultato finale che identifica la valutazione complessiva "V" di ciascun dipendente e costituisce la base per il calcolo della retribuzione di risultato.

Di norma, quindi, la valutazione complessiva "V" sarà data dalla formula:

$$V = V_1 + V_2$$

Solo per i direttori/responsabili delle UU.OO., nel calcolo della valutazione complessiva "V" dovrà tenersi conto del risultato conseguito rispetto ad obiettivi di particolare rilevanza che, per la loro valenza superiore, incidono in misura maggiore (e solo per i direttori/responsabili) nel calcolo dell'addendo V_1 . In tal caso, la formula per il calcolo della valutazione complessiva "V" diventa:

$$V = k(V_1 + V_2)$$

dove il coefficiente di ragguglio "k" è dato dalla sommatoria di altri due coefficienti, secondo la formula seguente:

$$k = \sum_{i=1}^n (k_i) / n$$

dove

n = numero degli obiettivi trasversali di pertinenza

k_i = peso dell'obiettivo i-esimo

I coefficienti k_i vengono determinati secondo la seguente griglia:

OBIETTIVI DI STRUTTURA "TRASVERSALI"											
i =	COD. OBIETTIVO TRASVERSALE	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2023	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	UU.OO. da monitorare
1	OBTR-TRASP	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e II.	Attuazione prescrizioni del P.I.A.O. sull'argomento	Vigilare sulla corretta esecuzione di tutti gli adempimenti in materia da parte del personale assegnato con le tempistiche e le competenze individuate dal P.I.A.O.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione con le tempistiche e le modalità individuate dalla sottosezione 2.3 del P.I.A.O.	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => k=0	Il RPCT redige una relazione/report sull'attuazione degli obiettivi segnalando eventuali UU.OO. inadempienti	RPCT	tutte
2	OBTR-FORMAZ	Formazione del personale	Attuazione piano formativo annuale	Organizzare le attività della UO per consentire a tutto il personale interessato lo svolgimento delle attività formative obbligatorie programmate dall'azienda	Registri di presenza dei corsi	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => k=0	Relazione/report da parte delle UU.OO. eroganti i percorsi formativi obbligatori (U.O.C., Appropriatezza, E., Formazione, Q. e P., U.O.S.D. Servizio Prevenzione e Protezione, RPCT, ecc.)	UU.OO. eroganti i corsi	tutte
3	OBTR-BUDGET	Realizzazione di un sistema per l'assegnazione del budget ed il monitoraggio del rapporto costi/ricavi	Efficacia ed efficienza	Attivare tutte le azioni necessarie per predisporre con le strutture competenti schede di rilevazione e verifica del rapporto costi/ricavi e del budget assegnato alla U.O.	Reportistica e report della UOC Programmazione e Controllo di Gestione	anno di pubblicazione del Piano	51	obiettivo raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => k=0	Reportistica e report di controllo di gestione	Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione	tutte
4	OBTR-RISK	CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria	Numero di cartelle cliniche di intervento chirurgico in cui sia presente e debitamente compilata dall'anestesista la Check List di Sala Operatoria/totale ricoveri con procedure chirurgiche (escl. Urgenti)	anno di pubblicazione del Piano	≥ 70%	obiettivo raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => k=0	Relazione del direttore UOC Risk Management	Direttore UOC Risk Management	UU.OO. area chirurgica
5	OBTR-SDO	DGRC n.275/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	Report mediante dati QUANI	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto: => k=2 obiettivo parzialmente raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => k=0	Report della UOC Appropriatezza, Epidemiologia C. e V., FORMAZIONE, Qualità e Performance	Direttore UOC Appropriatezza, Epidemiologia C. e V., FORMAZIONE, Qualità e Performance	Tutte quelle che effettuano ricoveri
6	OBTR-PERF	Attuazione ciclo della performance	Valutazione del personale - Attuazione previsioni D.Lgs.150/2009	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, di tutte le schede di valutazione del dipendente firmate e datate da valutatore e valutato	schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	anno precedente a quello di pubblicazione dell'ultimo Piano pubblicato	100%	obiettivo raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => 0	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	tutte
7	OBTR-ATTIC	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto b): Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria	Indice di performance tempi di attesa dei ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità/pazienti ricoverati (escluso urgenze)	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => k=0	Relazione del referente aziendale liste d'attesa col supporto della UOC Appropriatezza, Epidemiologia C. e V., Formazione, Qualità e Performance	Referente aziendale liste d'attesa	Tutte quelle che effettuano ricoveri
8	OBTR-ATTAMB	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto b): Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria	Rispetto tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P)	Pazienti trattati in ambulatorio per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito "Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa" /pazienti trattati in ambulatorio	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto: => k=2 obiettivo parzialmente raggiunto: => k=1 obiettivo non raggiunto: => k=0	Relazione del referente aziendale liste d'attesa	Referente aziendale liste d'attesa	Tutte quelle che effettuano prestazioni ambulatoriali

Nel caso in cui, per alcune UU.OO. gli obiettivi trasversali risultassero non di competenza, gli stessi saranno neutralizzati nel calcolo del coefficiente k.

Per esempio:

Se si sta calcolando la valutazione di un responsabile di una U.O.S.D. che non fa ricoveri, gli obiettivi 5 e 6 risultano non di pertinenza. In questo caso, il coefficiente k sarà calcolato solo sui restanti 5 obiettivi, ponendo n=5.

Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI	
ANNO	2022
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	48,8
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	48,7
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
ANNO	2022
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	3,0
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	16,9
INDICATORI	
ANNO	2022
% DI DIRIGENTI DONNE	48,2
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	53,8
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	59,95

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il sistema organico di prevenzione della corruzione introdotto in Italia dalla legge n. 190/2012 prevede che la strategia di contrasto alla corruzione si articoli in un approccio coordinato tra le azioni messe in campo a livello nazionale e quelle interne a ciascuna amministrazione.

In quest'ottica un ruolo fondamentale è svolto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) che, attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e le linee guida, fornisce indicazioni e indirizzi a cui gli enti pubblici devono attenersi nel predisporre la propria strategia di prevenzione, espressa nell'oramai abolito, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che ad oggi si integra in forma sintetica e più intellegibile per il cittadino, nelle parti ove possibile, al PIAO 2023-2025.

In questo documento l'Amministrazione analizza la propria organizzazione ed il contesto in cui opera, al fine di valutare il livello di esposizione al rischio corruttivo.

Le misure previste per prevenire fenomeni di corruzione e garantire la trasparenza delle proprie azioni sono, dunque, il documento con cui ogni amministrazione o ente, secondo una logica incrementale di miglioramento progressivo, individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi che intende effettuare per prevenire tale rischio.

La predisposizione di tali misure presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa, dei processi decisionali, dei procedimenti amministrativi, senza della quale risulta difficile identificare quali profili di rischio corruttivo siano presenti nelle attività ed in che modo intervenire per provare ad evitare o comunque mitigare detti rischi.

La finalità è quella di individuare dove si annidano i principali rischi nello svolgimento dell'attività amministrativa e di predisporre gli interventi organizzativi che, meglio adattandosi alla fisionomia dell'ente, si ritengono opportuni ed attuabili per contenere il fenomeno della corruzione nei pubblici uffici.

Ogni amministrazione ha le proprie peculiarità e presenta differenti livelli di esposizione e differenti fattori che favoriscono la corruzione, dovuti al contesto sociale, economico, organizzativo.

Per questo motivo è lasciato a ciascun ente il compito di valutare il rischio e decidere come trattarlo (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione), seguendo le linee guida fornite a livello nazionale da Anac.

A livello metodologico, i Principi Guida indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019) per il processo di gestione del rischio sono i seguenti:

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

La presente relazione sulle misure da adottare è stata redatta in linea con i suddetti principi. Il processo di gestione del rischio è stato progettato e realizzato in modo sostanziale e calibrato sulle specificità della Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, mediante specifici confronti con le diverse strutture organizzative per la mappatura dei processi, la valutazione e il trattamento del rischio.

È chiaro, infatti, che per la realizzazione delle misure previste si richieda la partecipazione attiva di dirigenti e responsabili che conoscono nel dettaglio le specificità dei singoli settori in cui si esplica l'attività complessiva dell'amministrazione.

Il coinvolgimento e la partecipazione attiva degli attori ai vari livelli decisionali, li rende consapevoli del rilievo che possono avere le misure di prevenzione e contribuisce a creare in tal modo un tessuto culturale favorevole alla prevenzione della corruzione.

La predisposizione del presente Piano integrato nel nuovo PIAO 2023 – 2025, tiene conto degli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale e dell'attività in materia di anticorruzione e trasparenza svolta nel 2022.

Al fine di garantire la massima trasparenza e la più ampia partecipazione alla strategia di prevenzione della corruzione

2.3.1 L'iter di adozione

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

Ai fini della predisposizione della sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione e alla garanzia della trasparenza delle azioni dell'amministrazione, il PNA raccomanda di realizzare forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione del PIAO, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento.

In tale contesto, prima dell'adozione del presente Piano, si è proceduto a pubblicare un Avviso pubblico in data 07/11/2022 sul sito internet aziendale al fine di consentire agli Stakeholders esterni la presentazione di suggerimenti e/o istanze.

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare, di concerto con il gruppo di lavoro per la redazione del PIAO 2023 – 2025, nominato con giusta Deliberazione n.630 del 08.04.2022.

Si è, quindi, proceduto a rilevare quanto segnalato, adeguando il piano sulla base delle stesse segnalazioni per una definitiva condivisione.

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare nel nuovo PIAO 2023-2025.

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

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

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

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

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

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;

- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

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

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

In ultima analisi, comunque, i dipendenti partecipano attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PIAO.

2.3.3 Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio, come riportato nel PNA, si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

La fase di ponderazione del rischio, infine, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

In tale contesto, il PNA, nell'ambito dei vari aggiornamenti annuali intervenuti, ha individuato le seguenti aree di attività rispetto alle quali ciascuna Azienda Sanitaria deve valutare il livello di esposizione al rischio:

1. aree generali:

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

2. aree specifiche:

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

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

In particolare, nel PTPCT 2020/2022 si dà atto degli esiti di tale percorso, che ha visto il coinvolgimento di attori interni ed esterni all'Azienda.

Occorre evidenziare in proposito come, rispetto all'anno precedente, vi sia una sostanziale invarianza organizzativa, funzionale e burocratica dell'Azienda.

Il PTCPT, pertanto, ai fini della valutazione del rischio propedeutica all'identificazione delle misure di trattamento del rischio 2020/2022, tiene conto della mappatura dei processi effettuata negli anni precedenti e dell'attuazione misure già individuate sia con riferimento ai risultati raggiunti che alle criticità riscontrate.

Il catalogo dei rischi è riportato in modalità estesa nell'allegato 1 "Catalogo dei rischi" al presente documento e sinteticamente nella tabella che segue:

Aree di rischio	N. processi mappati	N. rischi identificati
1) Acquisizione e progressione del personale	4	21
2) Incarichi e nomine	4	15
3) Contratti pubblici	3	37
4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	12	16
5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	5	10
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	7	16
7) Attività libero professionale	2	2
8) Farmaceutica	1	9
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	2	3
10) Medicina legale	3	6
11) Affari legali e contenzioso	3	3
12) Formazione e aggiornamento professionale del personale	3	10

2.3.4 Il trattamento del rischio

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

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

Pertanto, partendo dalla valutazione del rischio effettuata negli anni precedenti e catalogata nell'Allegato "Catalogo dei rischi" al presente PIAO, come sintetizzata nel paragrafo precedente, si è proceduto ad individuare le misure del trattamento del rischio dando continuità alle misure già previste.

In particolare, nell'Allegato "Misure di trattamento del rischio corruttivo" al presente documento, tra le misure di trattamento del rischio, sono inserite le misure di prevenzione non attuate o parzialmente attuate nel 2021 e per le quali è stata ritenuta sussistente l'attualità e il mancato superamento della misura stessa.

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

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

- la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico;
- la successiva verifica entro un congruo arco temporale, da predefinire;
- il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);

- la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

Il PNA, inoltre, raccomanda di prevedere nei Piani o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative le verifiche della sussistenza di eventuali cause di inconfiribilità di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Pertanto, tra le misure del presente Piano è stata introdotta una procedura di verifica campionaria del casellario giudiziale dei dipendenti oggetto degli incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Il PNA raccomanda altresì di dare evidenza nel PTPCT del regolamento adottato ai sensi dell'art. 53, co. 3-bis, del d.lgs. 165/2001 e di effettuare una rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali valutando, nell'ambito dell'istruttoria relativa al rilascio dell'autorizzazione, la possibilità di svolgere incarichi anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente. In tal senso, l'A.O.R.N. di Caserta ha già adottato (Delibere nn. 15/2018 e 636/2018) un "REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI" che prevede una specifica procedura autorizzativa delle attività extraistituzionali non ricadenti tra quelle in conflitto di interesse o vietate per legge.

Nel PNA, inoltre, si raccomanda alle amministrazioni di individuare all'interno del PTPCT una specifica procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi, potenziale o reale. In proposito, nel corso del 2019 (Deliberazione n. 254/2019) l'A.O.R.N. Caserta ha adottato il "REGOLAMENTO AZIENDALE SULLA POLICY DI GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE" dove trovano già un loro recepimento le indicazioni dell'ANAC.

Con riguardo alla rotazione c.d. straordinaria, invece, l'istituto è stato previsto nel PNA 2020 come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PIAO o in sede di autonoma regolamentazione cui il PIAO deve rinviare.

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

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

Il PNA 2020, inoltre, raccomanda di inserire nei piani, misure volte a prevenire il fenomeno cd. Pantouflage (art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter, modificato dall'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012). Pertanto, tra le misure di trattamento del rischio inserite nell'allegato al presente documento, è stata prevista la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri).

Infine, tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal PNA 2020 rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

L'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PIAO 2023 - 2025.

La formazione in argomento sarà strutturata su due livelli:

- o uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità;

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

2.3.5 Obbligatorietà delle misure

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

La UOC "Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance" è individuata come soggetto responsabile affinché, nella redazione del PIAO 2023/2025, sia data certezza della presenza di obiettivi dirigenziali che ricalchino le misure di trattamento del rischio individuate.

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

2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché

il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

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

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

Il monitoraggio di secondo livello dovrà essere attuato dal RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno, laddove presenti, e consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PIAO da parte delle unità organizzative in cui si articola l'Azienda.

Il monitoraggio di secondo livello sarà realizzato sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all'interno del PIAO.

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

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

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

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

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

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

Nell'attuazione delle revisioni previste dal suddetto decreto, l'AO ha tenuto conto, altresì, delle indicazioni fornite dalle Linee guida emesse dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sulle principali e più significative modifiche intervenute, e con determinazione n. 1309 del 28 dicembre 2016, in materia di accesso civico ed obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (pubblicate nella G.U. n. 7 del 10 gennaio 2017).

Nel corso del 2020 si è, altresì, provveduto a recepire la Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019 recante "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019".

Facendo seguito alla sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019, infatti, l'ANAC ha provveduto a formulare integrazioni/modifiche alla precedente delibera n. 241/2017 con la quale, nelle more della definizione del contenzioso dinanzi alla Consulta, erano stati sospesi alcuni degli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 del D. Lgs. n. 33/2013.

Con la nuova Delibera, l'ANAC ha precisato che "I dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall'art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore

amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), sono interamente assoggettati all'art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017 (par. 2.3 "Casi particolari – La Dirigenza Sanitaria").

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

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

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

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

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

Gli obblighi di pubblicazione saranno attuati da tutte le strutture coinvolte, indicate nelle tabelle di cui all'allegato "Obblighi di trasparenza" del presente PIAO 2023 - 2025, con il coordinamento del Responsabile della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il monitoraggio e la vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al RPCT e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provvede a:

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

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

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

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

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

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

I dipartimenti attivi in Azienda sono 7, tutti nell'area sanitaria:

- CARDIO-VASCOLARE;
- SCIENZE CHIRURGICHE;
- EMERGENZA ED ACCETTAZIONE;
- ONCOLOGICO;
- SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO;
- SCIENZE MEDICHE;
- SERVIZI SANITARI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A ciascun incarico dirigenziale sono attribuite la missione e le specifiche aree di responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, le attribuzioni di competenze, nonché un valore economico determinato secondo il modello di graduazione delle posizioni dirigenziali, i cui criteri generali sono fissati in sede di contrattazione aziendale.

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

Il CCNL comparto sanità 2016-2018 disciplina i nuovi incarichi di funzione stabilendo e definendo il contenuto e i requisiti per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale e assistente sociale senior, nonché per il personale appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale.

Le tipologie di incarichi istituiti sono:

- Incarico di organizzazione
- Incarico professionale.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'Organizzazione del lavoro agile in Azienda, in base a quanto previsto dall'art. 4, lettera b), del Regolamento del 30.06.2022, approvato dal Ministero della Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, deve muovere da una coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione Collettiva Nazionale.

In ambito sanitario, la materia del lavoro agile è disciplinata compiutamente dal solo C.C.N.L. relativo al personale Comparto Sanità triennio 2019-2021, sottoscritto in data 02.11.2022, mentre un semplice auspicio alla più ampia diffusione del lavoro agile nella pubblica amministrazione è menzionato nella dichiarazione congiunta n.3 nel C.C.N.L. Funzioni Locali in cui rientra la Dirigenza PTA.

Il recente C.C.N.L. Comparto Sanità definisce il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 quale una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.

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

L'articolo 77 comma 2 del C.C.N.L. relativo al personale comparto sanità triennio 2019 – 2021 esclude dal lavoro agile i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili e pone a carico dell'Azienda l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le O.O. S.S.

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

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

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

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

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

Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno, con le precisazioni che seguono.

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

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

l'attività in presenza, l'Azienda previo confronto con le organizzazioni sindacali avrà cura, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Accordo individuale

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria e, nel rispetto delle previsioni dell'articolo 77 comma 2 del C.C.N.L., è consentito a tutti i lavoratori che siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale con contratto a tempo determinato o indeterminato.

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

Tale accordo conterrà i seguenti elementi essenziali:

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

sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Per ciò che concerne la prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e il diritto alla disconnessione la prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

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

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari di cui all'art. 51 (Permessi retribuiti per motivi personali o familiari), i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 13 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 per la fascia di contattabilità.

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

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

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

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

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

Formazione al lavoro agile

Per ciò che concerne la formazione nel lavoro agile al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione, l'AORN prevedrà specifiche iniziative formative per personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

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

Lavoro da remoto

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

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

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

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

Fermo restando il confronto con le Organizzazioni sindacali, l'Azienda può adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo - con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio- nel caso di attività, previamente individuate dalle stesse Aziende, ove è richiesto un presidio costante del processo e ove sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

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

Considerata la recente adozione del suindicato C.C.N.L. relativo al personale area sanità, Azienda sta individuando gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, i processi e attività di lavoro, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con la modalità del lavoro agile.

Nel merito delle valutazioni, seguirà, in particolare, il confronto con le organizzazioni sindacali del Comparto.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

In premessa, occorre evidenziare che l'A.O., pur avendo elaborato il nuovo Piano 2022-2024, trasmesso agli uffici regionali per i pareri di competenza, al momento dell'adozione del presente PIAO non si è ancora concluso l'iter formale previsto dalla Regione Campania, per l'approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP 2022-2024).

Pertanto, a seguire, si riporta lo schema del PTFP 2021-2023 definitivamente approvato con deliberazione n.485 del 14.06.2022 quale presa d'atto della DGRC 247 del 24/05/2022:

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 593/2020, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 74/2022

AO SANNANA E SAN SEBASTIANO	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2020	FABBISOGNO AZIENDA 2021/2023	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2021	PTFP 2022	PTFP 2023
RUOLO SANITARIO	1.151	1.655	257	114	117	26
Dirigenti Medici	340	503	83	32	48	3
Dirigenti Sanitari	28	30	2	2	-	-
Personale del comparto area sanitaria	783	1.122	172	80	69	23
RUOLO TECNICO	171	351	153	48	95	10
Dirigenti	5	14	3	-	3	-
Personale del comparto area tecnica	166	337	150	48	92	10
RUOLO PROFESSIONALE	2	9	1	1	-	-
Dirigenti	1	2	1	1	-	-
Personale del comparto area professionale	1	7	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	77	190	41	32	7	2
Dirigenti	12	18	5	2	2	1
Personale del comparto area amministrativo	65	172	36	30	5	1
TOTALE	1.401	2.205	452	195	219	38

Con l'adozione del piano triennale dei fabbisogni del personale per il triennio 2022-2024, l'Azienda programma il proprio fabbisogno in modo da coniugare l'esigenza di garantire la regolare erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) consolidando l'idea di sistema sanitario pubblico universalistico con gli obiettivi di equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale e con i vincoli di finanza pubblica vigenti. Tutto questo, in un contesto che deve comunque tener conto degli interventi normativi emanati durante il biennio precedente in materia di contenimento della

pandemia COVID 19 e dell'esigenza di mantenere un livello di dotazione sufficiente per gestire eventuali e ulteriori ondate pandemiche.

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

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

Il PTFP viene definito in coerenza con i principi generali in materia di piano dei fabbisogni, con gli indirizzi regionali (DGRC 593/2020 e DGRC 74/2022) che costituiscono la cornice normativa di riferimento per le politiche di gestione delle risorse umane, nonché con le recenti indicazioni contenute nella DGRC n.546 del 25/10/2022.

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

Lo scenario pandemico, il suo consolidarsi oltre una finestra temporale, non solo ha evidenziato la necessità di un ripensamento del modello organizzativo con una rivisitazione degli assetti di attività e funzioni a livello assistenziale ospedaliero, ma ha anche fortemente influenzato l'attività operativa e assistenziale, costringendo, lo scorso biennio, ad implementare gli organici con assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario, effettuate prevalentemente nel 2020 e gradualmente nell'anno 2021.

A ciò si aggiunga la complessità del momento caratterizzato, non solo dalle attività eccezionali di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, registrate anche nella prima parte del 2022, ma anche da quelle programmate in funzione delle emergenti necessità per far fronte agli impatti

derivanti dalla fase post pandemica e dalla sua ripresa disomogenea, con il fine di rientrare nella regolarità delle prestazioni sanitarie e dei servizi e con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane rispetto a tali attività.

3.3.1 Piano Aziendale di Formazione

L'AORN ha adottato (Del. n. 160 del 28 febbraio 2023) il piano formativo aziendale per l'anno 2023 che si configura come strumento di pianificazione e monitoraggio delle attività formative. Tale documento viene redatto con l'obiettivo di consentire l'arricchimento delle conoscenze, delle abilità tecniche e delle capacità comunicative e relazionali di tutto il personale, oltreché consentire l'acquisizione dei crediti formativi ECM per il personale avente l'obbligo.

Il Piano si articola come segue:

Corsi obbligatori D. Lgs. 81/08

1. Corso di aggiornamento in Radioprotezione
2. Corso I Livello "Comunicazione assertiva"
3. Corso II Livello "Comunicazione efficace nella gestione dei conflitti"
4. Corso teorico-pratico di programmazione e gestione dei piani d'intervento sanitario per il primo soccorso e gestione maxiemergenze
5. Corso obbligatorio per addetti al primo soccorso

Corsi ordinari

1. Il consenso ai trattamenti sanitari tra norma, giurisprudenza ed applicazione nella pratica assistenziale
2. Farmaco e dispositivo vigilanza: novità regolatorie e guida alla corretta compilazione delle schede di segnalazione

3. Corso di aggiornamento tecnico-professionale di dialisi peritoneale
4. Farmaci biologici e medicina personalizzata: tra laboratorio e pratica clinica
5. POCT e diagnostica decentrata – applicazioni e governo clinico
6. Terapie sostitutive renali continue nel paziente critico
7. Sviluppo di progetti strategici nell'AORN di Caserta
8. Supporto vitale di base in ambito intra ed extraospedaliero
9. La biologia molecolare al servizio del clinico
10. La tracheotomia: quando, come e perché
11. Il dolore: una sofferenza evitabile
12. Le interstiziopatie polmonari
13. Il trattamento della neoplasia mammaria nell'AORN "Sant'Anna e San Sebastiano"
14. Setting riabilitativi, lungodegenze ed unità di accoglienza territoriali: criteri di appropriatezza e procedure nell'invio dei pazienti alla dimissione
15. La lombosciatalgia: dalla diagnosi al trattamento
16. Il cateterismo vescicale tra scienza e fantascienza
17. Corso base teorico-pratico di chirurgia della cataratta
18. Equità in sanità: i modelli, gli strumenti e le pratiche
19. Approccio pre-ospedaliero al traumatizzato
20. Stop Sepsis
21. Fast Microbiology
22. TBC – Day Focus tubercolosi
23. Clostridium difficile
24. "Infection & Prevention Control: strategia multimodale nell'AORN di Caserta"

25. Cardiotossicità (note ed emergenti) in oncologia e oncoematologia

26. Le Free light chains della diagnostica di laboratorio

27. L'emogasanalisi (EGA) nella pratica clinica - 2^a edizione

28. Il triage infermieristico pediatrico

29. PBLIS-D (Pediatric Basic Life Support Defibrillation)

30. Percorsi in endocrinologia e diabetologia pediatrica

31. Corso di Eco Color Doppler 2023

32. Giornate Gastroenterologiche Casertane

33. La gestione del dolore in età pediatrica

34. Malattie infettive in gravidanza nuovi approcci terapeutici

35. Lettura ragionata della cardiocografia intrapartum

36. Innovazioni tecnologiche in oestetricia

Come previsto dall'attuale Regolamento della Formazione e dai CC.CC.NN.LL., si favorisce l'accesso, presso istituzioni esterne, a percorsi di istruzione e qualificazione del personale (max il 3%) per permessi diritto allo studio.

Nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e, quindi, di conseguente valutazione individuale, è tenuta in consistente considerazione la partecipazione ai percorsi formativi aziendali ed extra-aziendali.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza

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

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

Si precisa che il monitoraggio costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Tale attività va svolta in modo continuativo per la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

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

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

4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile

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

Tale monitoraggio si espletterà attraverso:

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

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

4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale

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

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

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

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

ALLEGATI

- **Allegati alla sottosezione 2.2 - Performance**
 - Matrice degli obiettivi di struttura
 - Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;
 - Schede di valutazione individuale – Area Comparto;
- **Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza**
 - Catalogo rischi
 - Misure di trattamento del rischio;
 - Obblighi di trasparenza