



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

***PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA'
E ORGANIZZAZIONE***

***(P.I.A.O.)
2023 – 2025***

**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

“A. CARDARELLI”

Via A.Cardarelli, 9 – 80131 –Napoli



Piano redatto in ottemperanza all'art. 6 del Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021 poi convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021.

Adottato secondo gli indirizzi e le linee guida della Direzione Strategica dell'AORN A. Cardarelli.

- Direttore Generale: Antonio d'Amore.
- Direttore Amministrativo: avv. Marcella Abbate.
- Direttore Sanitario: dott. Gaetano D'Onofrio.

Indice

SEZIONE 1	9
Scheda anagrafica dell'amministrazione	9
1.1 Dati identificativi dell'amministrazione	10
SEZIONE 2	11
Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	11
2.1 Sottosezione di programmazione: Valore Pubblico	12
2.1.2 Mission aziendale	13
2.1.3 Vision aziendale	15
2.1.3.1 L'amministrazione in cifre	16
2.1.3.2 Dati economici.....	20
2.1.3.3 Spesa farmaceutica	21
2.1.4 Semplificazione e digitalizzazione	26
2.2 Sottosezione di programmazione: Performance	28
2.2.1 Presentazione del Piano della Performance	28
2.2.2 Analisi del contesto	29
2.2.2.2 Il contesto interno	29
2.2.3 Andamento delle attività assistenziali: indicatori di attività.....	30
2.2.3.1 Andamento ricoveri ordinari	31
2.2.3.2 Accessi di Pronto Soccorso	34
2.2.8 Le dimensioni della performance	36
2.2.9 Gli obiettivi di mandato	37
2.2.9.1 Gli obiettivi di carattere generale	37
2.2.10 Gli obiettivi operativi.....	40
2.2.10.1 Ambito Sanitario	40
2.2.10.2 Ambito Tecnico-Amministrativo	44
2.3 Sottosezione di Programmazione: Rischi Corruttivi e Trasparenza	50
Premessa	50

2.3.1 Normative e direttive.....	50
2.3.2 Obiettivi e azioni del piano.....	53
2.3.3 Prevenzione della corruzione e performance.....	54
SEZIONE A.....	55
I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo - <i>Funzioni attribuite e responsabilità</i>	55
1. I soggetti attuatori delle azioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza	56
1.1 Il Direttore Generale.....	56
1.2 Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza.....	57
1.3 Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto	57
1.4 Il Gruppo di Supporto al RPCT.....	59
1.5 L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).....	59
1.6 L’Ufficio Procedimenti Disciplinari.....	60
SEZIONE B.....	61
Analisi delle condizioni di rischio - Contesto di settore e geografico; analisi delle condizioni di rischio...	61
1 L’Analisi del contesto.....	62
1.1 Il contesto esterno.....	62
1.2 Il contesto interno	63
2. Lo scenario	63
2.1 Il rapporto Transparency International Italia.....	63
2.2 Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale	64
SEZIONE C.....	66
La prevenzione del rischio corruttivo - Misure di prevenzione del rischio corruzione	66
1. Un sistema in evoluzione.....	67
2. Le misure generali di prevenzione della corruzione.....	68
a. Misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica.....	68
b. La rotazione straordinaria.....	69
c. I doveri di comportamento.....	70
d. Conflitto di interesse.....	70
e. Le inconfiribilità/incompatibilità di incarichi	72

f. La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni...165/2001	73
g. Gli incarichi extraistituzionali – art.53 del D.lgs. 165/2001.....	74
h. Divieti post-employment (pantouflage).....	74
i. I patti d’integrità.....	75
j. La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing).....	75
k. La formazione.....	76
l. La rotazione ordinaria	77
2. Le misure specifiche.....	77
2.1 La mappatura dei processi.....	78
2.2 La valutazione del rischio.....	79
2.3 La identificazione degli eventi rischiosi.....	79
2.4 L’analisi del rischio	80
2.5 Il trattamento del rischio.....	82
2.6 Monitoraggio e riesame.....	83
SEZIONE 3	84
Organizzazione e capitale umano	84
3.1 Sottosezione di programmazione: Struttura Organizzativa.....	85
3.2 Sottosezione programmazione: organizzazione del lavoro agile.....	87
Premessa	87
3.2.1 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.....	88
3.2.1.1 Modalità attuative.....	88
Procedura e svolgimento della prestazione	90
3.2.2.1 Piano individuale di lavoro agile - Lettera di nomina quale persona autorizzata al trattamento dati	91
Allegato A	93
3.2.3 Percorsi Formativi	95
3.2.4 Soggetti Del Lavoro Agile.....	95
3.2.5 Strumenti e Programma di sviluppo del lavoro agile	96
3.3 Sottosezione di programmazione: Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	100
3.3.1 Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (P.T.F.P.).....	100

3.3.2 Formazione del personale.....	102
3.3.2.1 Il Piano Formativo Aziendale anno (P.F.A.)	102
SEZIONE 4	105
Monitoraggio	105
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	106
4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	106
4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano	106
ALLEGATI	107

Premessa

Il PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato di durata triennale, aggiornato annualmente, per le Pubbliche Amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Il PIAO può essere definito come una sorta di "testo unico" della programmazione, creato appositamente per semplificare gli adempimenti a carico degli enti, ma anche per favorire l'adozione di una politica integrata nelle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

Una spinta alla nascita del Piano è stata data anche dal Decreto Reclutamento nella PA, nel quale si auspicava una riqualificazione, in tempi brevi del personale pubblico, in modo da favorire anche il raggiungimento degli obiettivi del PNRR.

Il Piano definisce:

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

Esso rappresenta un documento di programmazione unico che unisce i piani della performance, del lavoro agile e dell'anticorruzione; a tal fine sostituisce e integra:

- a) il Piano della Performance che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- b) Piano Operativo Lavoro Agile (POLA) e Piano della Formazione che definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;

- c) Piano triennale del fabbisogno del personale che riporta gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- d) Piano Anticorruzione riporta i programmi per la prevenzione della corruzione, la piena trasparenza nelle attività dell'organizzazione.

Il PIAO è organizzato in quattro sezioni:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione e rileva le caratteristiche dell'Azienda.
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, suddivisa in tre sottosezioni: "Valore Pubblico" dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici, "Performance" e "Rischi corruttivi e trasparenza".
3. **Organizzazione e capitale umano**, suddivisa in tre sottosezioni: "Struttura organizzativa" in cui viene presentato l'organigramma aziendale, i livelli di responsabilità organizzativa e l'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio; "Organizzazione del Lavoro Agile", "Piano triennale dei fabbisogni di personale" e "Formazione del personale".
4. **Monitoraggio**, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Il termine previsto per l'adozione del PIAO è il 31 gennaio di ciascun anno. Nel 2023 è stato differito al 31/03/2023 tramite comunicato del Presidente dell'ANAC del 17/01/2023. La mancata adozione del PIAO produce i seguenti effetti:

- divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del PIAO, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti;
- l'amministrazione non potrà procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati;
- nei casi in cui la mancata adozione del PIAO dipenda da omissione o inerzia dell'organo di indirizzo politico amministrativo di ciascuna Amministrazione, l'erogazione dei trattamenti e delle premialità, è fonte di responsabilità amministrativa del titolare dell'organo che ne ha dato disposizione e che ha concorso alla mancata adozione del Piano.

SEZIONE 1

Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 Dati identificativi dell'amministrazione

Istituzione	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
Denominazione	Antonio Cardarelli
Sede legale	Via A. Cardarelli, 9 – 80131 Napoli
P.IVA	06853240635
Direttore Generale	Antonio d'Amore
Direttore Amministrativo	Avv. Marcella Abbate
Direttore Sanitario	Dott. Gaetano D'Onofrio
PEC	aocardarelli@pec.it
Centralino	+39 081 7471111
Sito web	https://www.ospedalecardarelli.it/

SEZIONE 2

Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Sottosezione di programmazione: Valore Pubblico

Premessa

In questa sottosezione vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, pianificati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria, adottati da ciascuna amministrazione, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, nonché l'elenco delle procedure da semplificare, in linea con le misure previste dall'Agenda Semplificazione, dall'Agenda Digitale e dagli obiettivi di digitalizzazione.

L'Azienda Ospedaliera "Antonio Cardarelli" di Napoli è la prima Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione della Campania, per numero elevato di offerta di discipline medico - chirurgiche di tipo specialistico e di alta specialità e per volumi di attività complessiva: è tra le più grandi del Meridione d'Italia. È un ente pubblico istituzionale, senza scopi di lucro, dotato di personalità giuridica pubblica ed autonomia amministrativa, organizzativa, aziendale, patrimoniale e contabile, nonché di autonomia gestionale e tecnica rivolte ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie relative ad interventi chirurgici e prestazioni specialistiche diverse, connotate in termini di alta professionalità e specialità, finalizzate a garantire la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dalle patologie in fase acuta.

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con la legislazione vigente, con le politiche regionali e con gli atti di programmazione nazionali e regionali.

L'AORN A. Cardarelli concorre in modo determinante a formare la rete ospedaliera della Regione Campania, di cui al DCA n. 103 del 28/12/2018, e costituisce riferimento regionale per la rete dell'emergenza; la dotazione complessiva è pari a 978 posti letto, indistinti per quanto riguarda i RO (Ricoveri Ordinari) ed i DH (Day Hospital).

La programmazione sanitaria regionale, confermando ed estendendo il ruolo dell'Azienda nell'ambito della rete regionale di assistenza ospedaliera per acuti, con il Decreto Commissariale n. 103 del 28/12/2018, ha assegnato all'AORN A. Cardarelli le seguenti funzioni:

- DEA di II livello ai sensi del D.M. n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta (insieme al Presidio Ospedaliero Cotugno);
- hub nella rete dell'emergenza-urgenza nella Macro-Area NA1 e NA2;
- centro hub I livello all'interno della rete cardiologica per il territorio dell'ASL NA 1 Centro, del territorio di Napoli e dell'ASL NA 2 Nord;
- centro hub di riferimento all'interno della rete per l'ictus per il territorio di Napoli e Provincia;
- Centro Trauma di Zona (CTZ) per il territorio di Napoli e provincia;
- hub all'interno della rete per le emergenze gastroenteriche;
- hub regionale (anche per pazienti pediatrici) per:

- Centro Grandi Ustionati
- Centro Antiveleni
- centro di terapia iperbarica funzionante h 24;
- centro di riferimento per malattie rare;
- centro regionale di riferimento per la sclerosi multipla;
- destinatario trasporto STAM (per gravidanze ad elevato livello di complessità per patologie materne e/o fetali);

Con particolare riferimento alla rete dei trapianti è sede di:

- Dipartimento Interaziendale Trapianti (DIT);
- centro trapianti fegato;
- centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta;
- struttura di supporto per la rete trapiantologica regionale per le indagini anatomico-patologiche urgenti.

2.1.2 Mission aziendale

In ottemperanza dell'Atto Aziendale la *mission* dell'AORN "A. Cardarelli" è quella di essere un ospedale per acuti di rilevanza nazionale che eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione di elevata efficacia e qualità. Esso offre prestazioni in emergenza ed in elezione, in regime di ricovero, di D.H. o di Day Surgery e in regime ambulatoriale.

Deve contribuire agli obiettivi di mantenimento e sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento e di assicurare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi di dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma dei servizi e di prestazioni a valenza sanitaria compresi nei livelli di assistenza del Piano regionale di Programmazione della Rete ospedaliera, approvato con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 33/2016. La cooperazione e l'integrazione di tutte le professionalità presenti (Dirigenti, Tecnici Sanitari, Operatori, Unità amministrative di vari profili) ed operanti nell'ospedale, permettono il raggiungimento dell'obiettivo globale di carattere assistenziale, di rilevanza pubblica. L'organizzazione, in virtù di queste premesse, si presenta come un'organizzazione multi professionale e multidisciplinare.

Le scelte sanitarie dell'Azienda, in coerenza con le politiche regionali e gli atti di programmazione nazionale e regionale, sono ispirate ai criteri di efficacia ed appropriatezza, di efficienza, di equità e di professionalità in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili gli impegni ed i risultati.

La *mission* dell'Azienda si fonda sui seguenti capisaldi:

- operare nel pieno rispetto delle norme legislative e delle linee guida regionali, anche attraverso l'applicazione di *standard internazionali* di eccellenza specifici del settore sanitario, sia nelle singole specialità che a livello aziendale;
- generare ed alimentare costantemente una cultura della qualità incentrata sulle persone, siano essi pazienti o operatori, lavorando per la tutela di entrambi attraverso l'implementazione di sistemi di controllo del rischio ed attraverso strumenti di garanzia della qualità dei servizi erogati;
- garantire un ottimale rapporto tra risorse assegnate dal livello regionale e quindi riferito alle risorse impegnate, all'attività progettata ed all'attività svolta, ai risultati progettati ed ai conseguenti risultati ottenuti;
- coinvolgere, motivare e valorizzare il personale, per il quale si rendono essenziali interventi di informazione, formazione ed aggiornamento professionale, quali strumenti di crescita professionale e di supporto tecnico-professionale finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, perseguendo così il miglioramento continuo delle attività svolte;
- garantire la dovuta attenzione al cittadino/utente attraverso il monitoraggio periodico del suo livello di soddisfazione, l'impegno di fornire costantemente informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti;
- realizzare una fattiva collaborazione tra tutte le parti interessate e coinvolte nei processi dell'Azienda.

La *mission* prevede che il conseguimento degli obiettivi si realizzi attraverso una serie di passi fondamentali, ovvero:

- l'assunzione di precise responsabilità da parte di tutti gli operatori;
- la garanzia, in ogni circostanza, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni fornite;
- la tempestività delle prestazioni;
- lo sviluppo di processi di comunicazione con i clienti interni ed esterni;
- l'attenzione costante al livello di sicurezza per clienti e operatori;
- l'ottimizzazione dell'uso delle risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie;
- la promozione della formazione permanente di tutti gli operatori e dello sviluppo delle competenze per un miglioramento continuo del servizio;
- l'ascolto ed il recepimento dei bisogni degli utenti, adeguandosi ad essi nel tempo;
- l'approccio multidimensionale alla valutazione delle performance;
- la definizione delle procedure fondamentali per la conduzione delle attività svolte;
- la definizione di metodologie idonee alla valutazione dei risultati raggiunti;
- la comunicazione ed il coinvolgimento di tutte le parti coinvolte;
- il confronto continuo con il tessuto sociale del bacino di interesse aziendale per avere un costante monitoraggio dei fabbisogni di salute della popolazione.

2.1.3 Vision aziendale

L'Azienda produce servizi sanitari, con un ruolo rilevante nella tutela e nella cura delle malattie, attraverso l'erogazione di prestazioni ai quali si rivolgono non solo i cittadini napoletani ma anche di altre realtà, provinciali, regionali e nazionali. Particolarmente rilevante è il suo ruolo di rilievo nazionale, che innalza l'importanza delle prestazioni sanitarie di eccellenza erogate, confermata dalla dimostrata capacità di progettare e realizzare innovazioni nell'area sanitaria, nonché il ruolo assunto nel settore della ricerca scientifica e tecnica, nella formazione di medici e delle professioni sanitarie ed, infine, il ruolo di azienda capoluogo di una Regione che ha fatto della propria rete dei servizi sanitari uno degli elementi forti e fondanti del proprio sviluppo civile ed economico.

Essa accoglie, grazie a convenzioni stipulate con le Università degli Studi di Napoli, numerosi studenti specializzandi nelle diverse branche specialistiche ed è sede, ovvero polo didattico universitario, dei Corsi di Laurea per Infermieri professionali, Tecnici di laboratorio e di Radiologia e Fisioterapisti, quali operatori professionali del futuro, formati peraltro in ambito ospedaliero.

È sempre difficile poter soddisfare una domanda di "salute", complessa, ma il ruolo di tutti coloro che operano in Azienda deve essere quello di affermare con forza la volontà di lavorare per creare le condizioni di un rinnovamento migliorativo e di lancio nell'ambito della Sanità pubblica, nella città di Napoli e nella Regione Campania.

La *vision* di questa Azienda deve, quindi, corrispondere a questa sfida e deve essere incentrata sui seguenti principi fondamentali:

- umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera;
- soddisfazione delle esigenze di salute dei soggetti assistiti attraverso il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- partecipazione diretta e diffusa degli Operatori nei processi e nelle decisioni aziendali per svilupparne il senso di appartenenza ed identificazione;
- orientamento al risultato piuttosto che al mero adempimento;
- efficiente e razionale impiego delle risorse disponibili per assicurare lo sviluppo dei servizi;
- promozione della formazione come strumento di qualificazione e miglioramento continuo.

Fra questi obiettivi - come è facile immaginare - non è possibile stabilire una sorta di graduatoria delle priorità. Il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda è condizionata dalla capacità di perseguirli contemporaneamente e congiuntamente, di sviluppare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza.

La qualità dell'assistenza, infatti, non è solo frutto di singole decisioni cliniche, pur orientate all'appropriatezza, ma richiede centralità ed integrazione nelle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello dell'organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti.

2.1.3.1 L'amministrazione in cifre

L'AORN A. Cardarelli svolge i suoi compiti di rilevante entità e complessità, erogando i propri servizi finalizzati ad assicurare l'assistenza sanitaria su un bacino di utenti residenti su un ampio territorio - per il tramite delle Strutture sanitarie ed amministrative - esteso all'intera Provincia di Napoli, che conta circa 3,6 milioni di abitanti e, per non poche discipline specialistiche medico-chirurgiche, anche regionale ed extraregionale.

L'Azienda ospedaliera ospita ogni giorno diverse migliaia di frequentatori, rappresentati da: operatori, pazienti, visitatori, fornitori, professionisti esterni e studenti delle Scuole Universitarie per il conseguimento delle Lauree delle Professioni Sanitarie, essendo dotata di proprio polo didattico universitario, a seguito di convenzioni Regione Campania – Università di Napoli.

Le tabelle n. 1 e n. 2 riportano rispettivamente i dati più significativi della Struttura aziendale e del numero totale del personale con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato e dati di carattere sanitario strutturale.

Tabella n. 1 - Dati strutturali anno 2022

Anno di fondazione	1934
Mq di superficie	250.000
Direzioni	3
Dipartimenti	8
Strutture complesse	62
Strutture semplici + Strutture Dipartimentali	81
Personale di ruolo complessivo al 31.12.2022	3.767

Tabella n. 2 - Ripartizione personale dirigenziale e del comparto tempo determinato/indeterminato

PERSONALE DIRIGENZIALE al 31.12.2022	Anno 2022
Indeterminato	835
Determinato	57
TOTALE	892
PERSONALE di COMPARTO al 31.12.2022	Anno 2022
Indeterminato	2.590
Determinato	285
TOTALE	2.875

Nei grafici n. 1,2 e 3 si riportano, rispettivamente, l'età media del personale, la percentuale dei dipendenti residenti in regione e non, e la percentuale di ripartizione tra personale uomo/donna.

Grafico n. 1 – Età media personale

Età media	48 anni
-----------	----------------

Grafico n. 2 – Dipendenti residenti in regione/extra regione

residenza in/extra regione

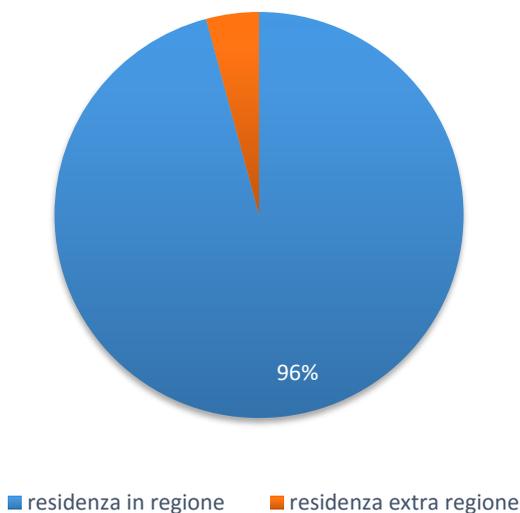


Grafico n. 3 - Personale % uomini/donne

uomini/donne

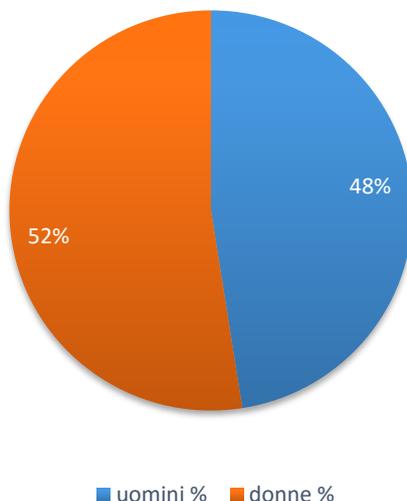


Tabella n. 3 - Costo del Personale anno 2019 - 2022 (importi troncati in migliaia di euro)

COSTO DEL PERSONALE						
DIRIGENTI A TEMPO INDETERMINATO		2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021%
BA2120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico	68.202	72.651	77.866.975	78.907.571	1,336%
BA2160	B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico	2.890	2.893	3.457.980	3.688.999	6,681%
BA2240	B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	381	671	1.015.645	1.241.867	22,274%
BA2430	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	1.353	1.176	1.159.514	1.100.828	-5,061%
TOTALE		72.826	77.391	83.500.114	84.939.265	1,724%
COMPARTO A TEMPO INDETERMINATO		2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021%
BA2200	B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario	76.337	82.454	84.510.134	90.856.988	7,510%
BA2290	B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale	284	257	211.284	208.571	-1,284%
BA2380	B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico	8.939	14.906	15.185.923	16.664.015	9,733%
BA2470	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	9.382	9.533	9.771.380	10.005.392	2,395%
TOTALE		94.942	107.150	109.678.72	117.734.96	7,345%

Occorre precisare che i dati di costo relativi all'anno 2022 sono rinvenibili dal monitoraggio del CE effettuato al IV trimestre, pertanto suscettibili di variazione rispetto al dato consuntivato di chiusura bilancio. Tali variazioni sono attribuibili al pagamento differito delle competenze accessorie e/o ad eventuali operazioni di assestamento di chiusura bilancio.

Il dato definitivo sarà reso disponibile soltanto al termine dell'adozione del predetto Bilancio di esercizio.

Bisogna altresì ricordare che l'Azienda Ospedaliera ricopre un ruolo di primo piano per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di urgenza: infatti, è dotata di avanzato Dipartimento di Emergenza – Accettazione (D.E.A.) di secondo livello, allo scopo di fornire prestazioni urgenti di pronto soccorso in molteplici branche specialistiche, sia a livello clinico che chirurgico e sia come attività diagnostica, per cui, in tali strutture, si riscontra un considerevole assorbimento di risorse umane e strumentali.

È sede, tra gli altri del Centro Grandi Ustionati, del Centro Antiveleni e del Centro per i Trapianti Epatici (Strutture di riferimento Regionali).

L'Azienda si distingue anche per le molteplici attività poli-specialistiche di elezione dell'area medica e chirurgica, le quali rappresentano un punto di riferimento per la rete sanitaria della Regione Campania.

Le prestazioni erogate comprendono:

- assistenza sanitaria medico-chirurgica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza riabilitativa;
- interventi e procedure diagnostiche per i pazienti, assistenza terapeutica e riabilitativa compatibilmente con il livello di dotazione strutturale;
- interventi di pronto soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza medica e/o chirurgica, incluso il trasporto aereo, ove necessario nell'ambito delle anzidette condizioni (da e verso Azienda ospedaliera);
- collegamento con Enti e strutture esterne, per assicurare la continuità dei trattamenti terapeutici;
- dispensa di farmaci (a ex degenti per continuità curativa di farmaci particolari);
- attività di ricerca e sperimentazione scientifica;
- banca dati del centro antiveleni;
- attività di formazione diretta all'aggiornamento professionale del personale medico e non medico;
- convenzioni con altre strutture pubbliche e private, incluse le Università;
- attività didattica universitaria, erogata all'interno dell'Azienda, grazie alla presenza di un polo didattico che espleta il corso di Laurea triennale: Scienze Infermieristiche, Fisioterapia, Tecniche di Laboratorio biomedico, Tecniche di Radiologia medica per immagini e Radioterapia;
- attività specialistica integrativa, o collegata alle prestazioni diagnostiche, anche in favore degli esterni, allorquando non vi siano sospensioni per sostanziali eccessi di domanda sanitaria.

2.1.3.2 Dati economici

In relazione ai risultati economici conseguiti dall'Azienda, si riportano le principali componenti di ricavo/costo per gli **ultimi n. 3 Bilanci d'Esercizio** approvati.

AO CARDARELLI					
Conto Economico	Cons 2019	Cons 2020	Cons 2021	Δ Cons 20 vs Cons 19	Δ Cons 21 vs Cons 20
€	A	B	C	D=B-A	E=C-B
Totale Ricavi Netti	413.542.833	436.303.236	470.550.485	22.760.403	34.247.249
Personale	182.912.344	199.928.218	217.742.970	17.015.874	17.814.752
Prodotti Farmaceutici e Emoderivati	58.538.811	59.112.481	62.614.142	573.669	3.501.661
Altri Beni E Servizi	117.745.672	118.894.292	127.537.372	1.148.620	8.643.080
Ammortamenti E Costi Capitalizzati	2.698	1.471.139	1.471.139	1.468.441	0
Accantonamenti	34.600.424	40.287.841	30.749.575	5.687.417	- 9.538.266
Variazione Rimanenze	- 2.072.747	- 5.815.366	7.084.578	- 3.742.619	12.899.945
Totale Costi Interni	391.727.202	413.878.604	447.199.776	22.151.402	33.321.172
Prestazioni Da Privato	5.696.209	5.496.084	5.455.029	- 200.125	- 41.055
Totale Costi Esterni	5.696.209	5.496.084	5.455.029	- 200.125	- 41.055
Totale Costi Operativi	397.423.411	419.374.688	452.654.805	21.951.277	33.280.117
Margine Operativo	16.119.423	16.928.548	17.895.680	809.126	967.132
Totale Componenti Finanzi e Straordinaria	16.047.982	16.863.411	17.815.480	815.428	952.069
Totale Costi	413.471.393	436.238.099	470.470.285	22.766.706	34.232.186
Risultato Economico	71.440	65.138	80.200	- 6.303	15.063

Fonte: Piattaforma NSIS al 20/12/2022

2.1.3.3 Spesa farmaceutica

A seguito dell'analisi dei dati rilevati dai gestionali aziendali SIAC e SAP, si rende noto che: nel periodo gennaio-dicembre 2022 la UOC di Farmacia ha effettuato acquisti per € **70.839.135,14 (di cui € 143.384,34 ordini COVID-19)**, relativi a specialità medicinali inclusi i gas medicinali, al lordo dei pay-back vigenti dei MEA e dei fondi per gli innovativi oncologici e non oncologici.

Tutto quanto citato ha determinato un incremento di spesa pari al 11,4% (valore € 8.089.841,35) rispetto a quella dello stesso periodo dell'anno 2021, pari a € 62.749.293,79 (di cui € 1.696.941,55 ordini COVID-19). (Tabella 5)

La spesa è ripartita tra i consumi ospedalieri, inclusi i farmaci oncologici (Tabella I) e il flusso dei farmaci oggetto del File F (Tabella 4).

Il valore dell'ordinato relativo ai Dispositivi Medici per il periodo gennaio-dicembre 2022 si attesta su € 28.068.933,67 (di cui 3.819,15 € ordini COVID-19); per i Dispositivi Medici Diagnostici in Vitro (IVDR, "Reagenti" per la gestione dei laboratori) il valore è di € 12.853.632,92 (di cui € 2.598.036,08 ordini COVID-19). La spesa per dispositivi medici ha riportato una riduzione pari al 3,3% (valore € 965.521,42) rispetto a quella dello stesso periodo dell'anno 2021, pari a € 29.034.455,09.

La riduzione della spesa dei dispositivi medici avuta nell'anno 2022 rispetto allo stesso periodo dell'anno 2022 è attribuibile verosimilmente alle seguenti CND:

- CND P dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi: riduzione del 8% della spesa nei 12 mesi del 2022 rispetto al 2021. Tale classe raggruppa molteplici tipologie di dispositivi impiantabili; in particolare la riduzione della spesa è dovuta ad una implementazione della gestione delle protesi con la modalità di Conto Deposito.
- CND T dispositivi di protezione e ausili per incontinenza (D. Lgs. 46/97): riduzione del 19% della spesa nei 12 mesi del 2022 rispetto al 2021. La riduzione è dovuta soprattutto al minor quantitativo di guanti monouso e sterili acquistati per gestire l'emergenza Covid-19.
- CND R dispositivi per apparato respiratorio e anestesia (D. Lgs. 46/97): riduzione del 33% della spesa nei 12 mesi del 2022 rispetto al 2021. La riduzione è dovuta soprattutto al minor quantitativo di una vasta gamma di dispositivi necessari per gestire l'emergenza Covid-19.
- CND C dispositivi per apparato cardiocircolatorio: riduzione del 8% della spesa nei 12 mesi del 2022 rispetto al 2021. In particolare per quanto riguarda la spesa di tale CND la riduzione è verosimilmente imputabile alla gestione dell'emergenza Covid-19 e una riduzione delle procedure in ambito endovascolare.

Per quanto concerne la spesa per **Dispositivi Medici Diagnostici in Vitro (IVDR, "Reagenti")** ha riportato un incremento pari al 19% (valore € 2.059.407,33) rispetto a quella dello stesso periodo dell'anno 2021, pari a € **10.794.225,59**.

L'aumento della spesa degli IVD dei laboratori si deve ai prodotti routinari in ausilio per il COVID, agli IVD per la ricerca di altri patogeni del panel respiratorio e l'introduzione di nuove linee di attività, come specificato di seguito:

- l'intera spesa per i prodotti COVID ammonta a Euro 2.598.036,76 (rispetto alla cifra di 833.050,42 dell'anno 2021). Di questi, sono stati spesi 1.952.823,42 Euro per i reagenti necessari all'esecuzione tampone molecolare, 417.871,20 per i tamponi rapidi, 32.481,28 euro per ricerca anticorpi anti-spike, 167.700,71 Euro per tamponi per prelievo nasofaringeo, 24.760,15 Euro per l'indagine sulla cascata infiammatoria determinata dal SARS-COV-2 tramite attivazione IL-6.

Nel primo semestre sono state acquistate anche le ultime confezioni di kit per ricerca rapida su sangue capillare di anticorpi anti nucleocapside per un valore di 2.400 Euro;

- per quanto riguarda l'emogas e coagulopatie abbiamo speso in totale nell'intero anno 2022 Euro 462.282,57 rispetto ai 377.421,79 Euro del 2021;
- per la diagnosi di porpora trombotopica (test ADAMTS-13) sono stati spesi 43.920 Euro.

Come già riscontrato dall'analisi della spesa 2021, continua il trend relativo all'aumento della spesa per la ricerca di patogeni delle vie respiratorie (pneumococco, legionella, chlamydia), ricerca di clostridium difficile (patogeno molto attivo nelle rianimazioni) e ricerca delle resistenze microbiche con una spesa di Euro 58.256,01 rispetto ai 44.842,2 Euro del 2021, inoltre nel 2021 sono state introdotte nuove linee di attività, come la determinazione di farmacotossicità (fluorouracile e irinotecan etc.) che nel 2022 ha avuto un ulteriore incremento.

La crescita del consumo dei farmaci nei primi 12 mesi 2022, rispetto ai primi 12 mesi 2021 (tabella 1 e 2), è verosimilmente attribuibile ad una più puntuale e corretta imputazione degli scarichi effettuati sul sistema gestionale SAP-Fiori.

I flussi dei farmaci inviati alla Regione Campania sono di seguito riportati:

- **File F canale M:** farmaci oncologici innovativi e ad alto costo somministrati in regime di Day Hospital (ai sensi del D.C.A. 57 del 29/05/2015 e s.m.i.); riduzione del 4% (tabella 5) nei primi 12 mesi del 2022 vs periodo corrispondente 2021;
- **File F canale D:** farmaci in distribuzione diretta (ai sensi del D.C.A. 57 del 29/05/2015 e s.m.i.); aumento del 5% (tabella 5) nei 12 mesi del 2022 vs periodo corrispondente 2021.

Si specifica che a far data dal mese di maggio 2019 il flusso F canale D, per quanto riguarda la specialità medicinale Epclusa®, viene rendicontato al netto del rimborso delle note di credito, determinando così un valore economico minore;

- **File F canale E:** farmaci somministrati in regime di ricovero ordinario (emofilia, malattie rare), in Day Hospital (sclerosi multipla solo prima somministrazione) e in ambulatorio (intravitreali, antirigetto farmaci per malattie rare etc), come da D.C.A. 57 del 29/05/2015 e s.m.i.; incremento del 57% (incremento a valore pari a euro 3.637.752,04 € come si evince in Tabella II) nei primi 12

mesi del 2022 vs periodo corrispondente 2021. Tale incremento è riferito prettamente alle specialità medicinali appartenenti principalmente alle ATC L, B e J che hanno riportato proporzionalmente un incremento di spesa dell'acquistato;

- **File F canale X:** farmaci oncologici somministrati in regime di DH a pazienti extraregione come da “accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria primi 12 mesi anno 2021”. Nel 2022 rispetto allo stesso periodo del 2021 si rileva lieve riduzione pari al 1% (forse minor accesso di pazienti extraregione causa COVID-19) (tabella 4);
- **Canale CO (Consumo Ospedaliero):** farmaci somministrati in regime di ricovero ordinario e farmaci oncologici somministrati in regime di Day Hospital (ai sensi del D.C.A. 57 del 29/05/2015 e s.m.i.); aumento del 3 % nel 2022 vs corrispondente periodo del 2021, (tabella 3).

Pertanto, dall'analisi dei flussi M, D, E ed X, che producono una remunerazione oltre al DRG del relativo setting assistenziale, riferiti all'anno 2022 rispetto allo stesso periodo del 2021, si nota un incremento complessivo del 6,3% pari a 2.932.983,37 €.

Tabella 4

Mese	Consumo Ospedaliero 2022	Consumo Ospedaliero 2021
1	4.165.563,20 €	3.934.862,50 €
2	3.922.271,00 €	3.669.118,80 €
3	4.347.915,00 €	4.896.886,50 €
4	4.277.741,00 €	5.603.585,50 €
5	4.633.204,00 €	4.428.678,50 €
6	4.687.480,50 €	4.622.623,00 €
7	5.037.656,00 €	5.148.191,50 €
8	4.569.289,00 €	4.212.923,00 €
9	4.801.398,50 €	4.705.985,00 €
10	4.826.057,00 €	4.261.378,50 €
11	5.332.111,00 €	4.354.021,50 €
12	5.406.510,00 €	4.445.185,09 €
Totale	56.007.196,20 €	54.283.439,39 €

Tabella 5

F canale M oncologici 2022	F canale D 2022	Flusso X 2022	Flusso E 2022	F canale M oncologici 2021	F canale D 2021	Flusso X 2021	Flusso E 2021
2.069.121,00 €	850.346,40 €	11.570,00 €	374.586,16 €	2.013.639,00 €	708.251,98 €	25.200,00 €	no
2.096.350,00 €	782.885,94 €	21.854,00 €	457.110,20 €	2.236.355,00 €	834.524,17 €	39.685,00 €	no
2.454.284,00 €	1.015.469,75 €	11.494,00 €	443.098,80 €	2.544.296,00 €	987.492,21 €	51.085,00 €	no
2.202.744,00 €	936.599,80 €	12.122,00 €	527.513,00 €	2.331.040,00 €	980.238,92 €	41.107,00 €	no
2.596.759,00 €	1.090.599,20 €	12.806,00 €	424.824,47 €	2.386.931,00 €	831.279,90 €	38.298,00 €	307.487,13 €
2.483.852,00 €	1.043.500,50 €	11.441,00 €	494.170,30 €	2.572.968,00 €	859.059,65 €	42.783,00 €	301.915,47 €
2.457.710,00 €	892.225,00 €	30.966,00 €	416.277,78 €	2.587.814,00 €	835.680,50 €	34.062,00 €	346.322,10 €
2.494.574,00 €	819.650,90 €	47.172,00 €	373.462,28 €	2.407.248,00 €	690.406,28 €	29.515,00 €	344.691,80 €
2.539.892,00 €	1.004.614,56 €	55.605,00 €	606.477,44 €	3.408.814,00 €	859.855,25 €	18.073,00 €	392.771,61 €
2.195.322,00 €	960.174,25 €	65.743,00 €	678.513,25 €	2.366.142,00 €	927.510,11 €	14.351,00 €	327.182,81 €
2.549.521,00 €	792.419,00 €	45.036,00 €	821.894,00 €	2.506.033,00 €	939.289,63 €	12.643,00 €	386.625,49 €
2.583.595,00 €	730.770,00 €	31.878,00 €	813.439,00 €	2.565.172,00 €	965.323,37 €	13.269,00 €	386.618,23 €
28.723.724,00 €	10.919.255,30 €	357.687,00 €	6.431.366,68 €	29.926.452,00 €	10.418.911,97€	360.071,0 €	2.793.614,64 €

L'analisi dell'ordinato suddiviso per ATC (classificazione dei farmaci Anatomica-erapeutica-Chimica) evidenzia che il principale incremento per l'AORN Cardarelli riguarda i farmaci del gruppo B (Sangue e sistema emopoietico), invece la principale ATC per spesa è L (Farmaci antineoplastici ed immunosoppressori).

La spesa dell'ATC L, pari a circa il 61% della spesa totale dei farmaci (circa € **43.297.297,74**) è da attribuirsi ai seguenti motivi:

- utilizzo sempre crescente dei farmaci oncologici innovativi e ad alto costo (cfr. immuno-oncologia, neurologia);
- impiego di farmaci biotecnologici per il trattamento di artrite reumatoide, psoriasi, malattie infiammatorie gastro-intestinali, sclerosi multipla e miastenia gravis.

I farmaci dell'ATC L sono quasi tutti:

- a. afferenti al monitoraggio Registro AIFA;
- b. attinenti ai Managed Entry Agreements (MEAs): accordi di accesso condizionato al mercato (farmaci innovativi e/o ad alto costo) che possono generare note di credito, secondo le condizioni stabilite dall'AIFA con le aziende farmaceutiche;
- c. inseriti nel flusso F (Canale D, M ed E);
- d. prevalentemente somministrati in regime di DH/Ambulatorio.

La **giacenza al 31 dicembre 2022** dei beni farmaceutici nei depositi della UOC Farmacia ha un valore di € **10.116.624,56** così suddiviso: € 8.342.167,44 per le specialità medicinali/enterali (giacenza maggiore di 2.360.411,23 euro rispetto al 2021) e € 1.774.457,12 per i dispositivi medici. Tale valore è conseguenza della gestione diretta di un numero sempre crescente di prodotti farmaceutici innovativi nelle aree oncematologica, neurologica, reumatologica e per la cura delle infezioni da HCV. Siffatte giacenze, in ottemperanza ai diversi decreti regionali, sono necessarie all'attività di erogazione diretta di terapie ad alto costo (in particolare per pazienti cronici).

Si rileva che l'incremento della spesa per determinate classi di farmaci (in particolare oncologici e farmaci biotecnologici) è coerente con il trend nazionale ed internazionale in costante crescita, dovuto all'introduzione di medicinali altamente innovativi ad alto costo, con dimostrato vantaggio del rapporto costo-efficacia.

Per i farmaci oggetto di maggiore crescita, già a partire dall'anno 2018, sono state messe in atto le seguenti azioni per il governo della spesa:

- **introduzione di richieste personalizzate**, si effettua costante monitoraggio dell'appropriatezza tramite richieste personalizzate provenienti dalle UU.OO., in relazione ad immunoglobuline, albumina, antibiotici, antimicotici ed altre specialità medicinali ad alto costo ed innovative.
- **implementazione dell'uso dei biosimilari**, per quanto concerne i biosimilari di prima generazione (fattori di crescita granulocitari ed eritropoietina) si è raggiunto, nel pieno rispetto delle indicazioni regionali definiti con nota prot. 21014 del 01/10/2020, il 98% di utilizzo (obiettivo Regione Campania range dal 70% al 90%).

Per quanto concerne i biosimilari di seconda generazione (Rituximab, Trastuzumab, Infliximab, Etanercept, Adalimumab), sono state messe in atto azioni condivise con le UU.OO. interessate, al fine di implementarne l'uso nelle aree terapeutiche di onco-ematologia, gastroenterologia, reumatologia e dermatologia, generando un **risparmio di circa € 430.536,8** nei 12 mesi del 2022 rispetto allo stesso periodo del 2021. Si precisa che a partire dall'anno 2019 al 2022 l'implementazione dell'uso dei biosimilari rispetto agli originator, a parità di numero di trattamenti clinici e uguale efficacia e sicurezza, ha prodotto un risparmio pari a € 5.751.699,32.

- **introduzione audit armadio farmaceutico di reparto**, redazione condivisa di procedura di audit nei reparti, con l'obiettivo di disciplinare le visite ispettive all'interno delle UU.OO., nella convinzione che esse non rappresentino solo un momento di verifica e controllo, ma soprattutto un ausilio per l'individuazione di eventuali non conformità e/o criticità, cui eventualmente applicare opportune azioni correttive. Nei 12 mesi del 2022 sono state eseguite ispezioni a circa 18 Unità Operative, Camere Operatorie, DH e Ambulatori.

- **analisi monitoraggio farmaci secondo i registri AIFA**, la corretta applicazione dei meccanismi di “Risk sharing”, “Cost sharing” e “Payment by Results” ha determinato **note di credito emesse a favore della AORN Cardarelli per un valore pari a € 1.008.739,85**.

2.1.4 Semplificazione e digitalizzazione

Il processo di **digitalizzazione**, tutt’ora in corso, in linea con gli obiettivi di miglioramento della Pubblica Amministrazione in termini di efficacia, efficienza, contenimento dei costi, riduzione dei tempi, di trasparenza dell’azione amministrativa, intende fornire una risposta concreta alle esigenze del cittadino. In tal senso deve orientarsi anche l’azione sanitaria, ove l’informatizzazione, e la digitalizzazione in genere, rappresentano le sfide da raccogliere, e vincere, per assicurare un servizio sempre più prossimo alle aspettative dell’utenza.

Nel citato contesto trova spazio la c.d. **sanità digitale** che basa la propria efficacia sul flusso continuo di dati, integrati, interconnessi, affidabili e sicuri; si rendono per cui necessari sistemi informativi che siano facilmente accessibili, tecnologicamente avanzati e capaci di dialogare in *real time* per favorire l’acquisizione dei dati.

L’AORN A. Cardarelli, in ottemperanza con quanto previsto dal D.lgs. n.82 del 07/03/2005, riformato con il D.lgs. 179/2016 (CAD 3.0) attuativo della L. 124 del 07/08/2015, meglio noto come **Codice dell’Amministrazione Digitale (CAD)**, che indica le linee guida in tema di informatizzazione nei rapporti con i cittadini, ha attivato, ormai da diversi anni un processo di rinnovamento dell’intera rete aziendale volta ad assicurare livelli sempre più elevati di efficacia ed efficienza.

La pandemia dovuta al Covid-19 ha messo in evidenza quanto sia necessario dotarsi di reti digitali all’avanguardia che consentano un’agevole dialogo tra gli attori dei servizi sanitari con il fine di assicurare una celere risposta ai pazienti che sia figlia di consulti anche multidisciplinari.

In linea con il Piano Triennale per l’informatica nella Pubblica Amministrazione, lo strumento ideato per favorire la trasformazione digitale della Pubblica Amministrazione italiana, l’AORN A. Cardarelli si è fortemente votata al cambiamento puntando sull’informatizzazione dei servizi.

In tale direzione, coerentemente con l’art. 17 del D.lgs. 179/2016, si individua la figura del **Responsabile della Transizione Digitale** con giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1408 del 30.12.2022, cui sono attribuiti importanti compiti di coordinamento e di impulso ai processi di digitalizzazione, quali in particolare:

- coordinamento strategico dello sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- indirizzo e coordinamento dello sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell’amministrazione;

- indirizzo, pianificazione, coordinamento e monitoraggio della sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture, anche in relazione al sistema pubblico di connettività, nel rispetto delle regole tecniche di cui all'art. 51, comma 1;
- accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e promozione dell'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- analisi periodica della coerenza tra l'organizzazione dell'amministrazione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi nonché di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa;
- cooperazione alla revisione della riorganizzazione dell'amministrazione;
- indirizzo, coordinamento e monitoraggio della pianificazione prevista per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di telecomunicazione;
- progettazione e coordinamento delle iniziative rilevanti ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete a cittadini e imprese mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra pubbliche amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra amministrazioni per la realizzazione e compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;
- promozione delle iniziative attinenti l'attuazione delle direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei Ministri o dal Ministero delegato per l'innovazione e le tecnologie.

Per quanto riguarda l'accessibilità digitale, l'AORN Antonio Cardarelli ha già provveduto a rendere il proprio sito web accessibile, conformemente al D.lgs. 10 agosto 2018, n. 106 che ha recepito la direttiva UE 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio.

La legge 6 agosto 2021, n. 113, con modificazioni, del dl 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del PNRR, individua gli ambiti strategici dell'Agenda per la semplificazione, in particolare, la semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure.

Tra di essi, presso l'AORN Cardarelli sono individuati come prioritari e strategici:

- lo sportello dei pagamenti online, con accesso a pagamenti spontanei tramite PagoPA, in particolare con integrazione alla piattaforma della Regione Campania MyPay, secondo i piani regionali;
- la piattaforma per l'informatizzazione degli Atti Amministrativi e workflow applicativo per la gestione dei relativi processi;
- la rilevazione delle presenze del personale, con consultazione online del cartellino e la gestione delle richieste.

Per alcune delle procedure sopra elencate sono in corso ulteriori adattamenti e sviluppi al fine di completare il percorso di piena digitalizzazione dei servizi volti al superamento dei processi tradizionali.

Alcune procedure, attualmente in fase di ultimazione, saranno perfezionate, in virtù degli ulteriori sviluppi, nel biennio 2023-2024.

2.2 Sottosezione di programmazione: Performance

2.2.1 Presentazione del Piano della Performance

Il presente documento è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, del Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 e s.m.i..

È un **documento programmatico triennale** attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli **obiettivi dell'azienda per la misurazione e la valutazione della performance**.

Il Piano rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della Performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento delle Pubbliche Amministrazioni.

Il piano triennale della performance costituisce uno strumento organizzativo - gestionale che formalizza:

- le *mission* che afferiscono alle attività aziendali;
- gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi (sia di struttura che individuali);
- gli indicatori idonei per la misurazione e valutazione dei risultati.

Il Piano della Performance, vigente, per il periodo 2022-2024 è individuato nel relativo P.I.A.O. con Deliberazione del Direttore Generale n. 95 del 31.01.2022 ad oggetto “Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione per il triennio 2022-2024 (PIAO). Esecuzione immediata”.

2.2.2 Analisi del contesto

I processi ed i contenuti della strategia sono significativamente influenzati dalla natura e dalle dinamiche del contesto esterno ed interno in cui si opera, le Aziende Ospedaliere costituiscono realtà ad elevato grado di pluralismo, per il combinarsi della loro natura pubblica e professionale, che rendono rilevanti tanto gli *stakeholder* esterni, quanto quelli interni, la cui profonda diversità rende, sovente, ambigua la loro strategia. Una curata e condivisa analisi del contesto è una determinante positiva di un ampio e condiviso consenso strategico.

2.2.2.1 Il contesto esterno

I dati clinici, ed epidemiologici, mostrano che le domande dei servizi e delle prestazioni sanitarie, provengono in gran parte dalla cittadinanza del comune di Napoli e dalla sua ampia e popolosa provincia, i cui abitanti storicamente si rivolgono all’Azienda, certi di trovare pluralità di offerta ed elevate competenze assistenziali-sanitarie.

L’Azienda ha sviluppato un’elevata capacità di attrazione, comprovata dai cittadini provenienti dalle altre province della Regione, ed al di fuori della stessa Campania, soprattutto per le prestazioni ad elevata specializzazione.

Si consideri che l’Azienda, nell’ottica di una efficace promozione delle iniziative volte a ridurre l’ospedalizzazione dei pazienti che non si trovano in fase acuta, favorisce la concentrazione delle risorse disponibili (umane, economiche e strumentali) verso la gestione dei casi più complessi ed in emergenza, migliorando anche l’appropriatezza delle cure eseguite.

2.2.2.2 Il contesto interno

Il blocco del turn over degli anni precedenti, ovvero il divieto di assunzioni vigente ha subito una parziale inversione grazie alle procedure di reclutamento di personale dipendente avviate, per fronteggiare i numerosissimi pensionamenti avvenuti nel corso del tempo. Dal 2018 sono aumentate le autorizzazioni per le assunzioni di personale, in particolare nel settore medico ed infermieristico, che hanno consentito una integrazione - seppur non completamente risolutiva - di personale.

L'inversione di tendenza non ha però consentito ancora un importante rinnovo delle risorse umane in forza, tenuto altresì conto che quelle in servizio presentano un'età media piuttosto avanzata e sono diffuse le situazioni di esonero da pesanti mansioni/funzioni.

A tali considerazioni, vanno aggiunte le difficoltà di collegamento derivanti dalla struttura aziendale, di tipo padiglionale, dovuta ad epoche storiche di costruzione, con successive ristrutturazioni, che opportunamente considerate danno rilievo agli sforzi profusi quotidianamente dal personale per garantire “la buona salute”.

Di contro, l'Azienda ha programmato investimenti in strutture e tecnologie avvalorati dal piano pluriennale di investimenti e di ammodernamento tecnologico, finanziato con:

- **“Programma straordinario degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 legge 67/88 3^a triennalità (I° stralcio - II° stralcio)”**, rappresenta un contributo sostanziale alle politiche sanitarie del Paese in quanto affronta la necessità di ammodernare il patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale per rispondere con strutture e tecnologie sempre più appropriate, moderne e sicure, alle necessità di salute della comunità e alle aspettative di operatori e utenti;
- **D.G.R.C 378/2020 “Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania”**, che porterà alla ristrutturazione ed all’ammodernamento completo dell’area ospedaliera;
- **Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Componente 2 (M6C2) – Linea di finanziamento 1.1.1 con giusta Deliberazione n. 746 del 11.07.2022: “Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale Ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture Ospedaliere DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di livello I e II)”**;
- **Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Componente 2 (M6C2) – Linea di finanziamento 1.1.2 con giusta Deliberazione n. 406 del 06.04.2022: “Ammodernamento del Parco tecnologico delle strutture sanitarie (Grandi apparecchiature Sanitarie)”**.

2.2.3 Andamento delle attività assistenziali: indicatori di attività

La tabella 1.1 offre una panoramica degli indicatori di attività in regime ordinario per il primo semestre dell’anno 2022, anche divisi per area (medica e chirurgica).

Tabella 1.1: Indicatori di attività in regime ordinario (RO) per il I semestre 2022 – totale azienda, area medica e area chirurgica (non è mostrata l'area dei servizi e delle terapie intensive).

Indicatori attività RO (I sem. 2022)	Totale azienda	Area medica	Area chirurgica
N posti letto medi attivi (% del totale)	770	401 (52%)	262 (34%)
N pazienti dimessi (% del totale)	12 295	5262 (42%)	6212 (48%)
di cui "0 giorni"	447	105	256
N giornate di degenza erogate (% del tot.)	129 972	68 977 (53%)	44 412 (34%)
N interventi chirurgici	6125	104	6015
Ricoveri urgenti (%)	65	83	53
Degenza media	10,57	13,11	7,15
Indice di occupazione media (%)	93	94	94
Indice di rotazione (semestale)	15,97	13,12	23,71
Intervallo di turn-over	0,79	0,68	0,48
Peso medio DRG	1,5309	1,4936	1,4488
Rimborso totale da DRG (€)	53 milioni	25 milioni	22 milioni
Rimborso medio per DRG (€)	5235	5272	4693
DRG chirurgici (%)	47	21	76

I reparti dell'area medica compongono oltre la metà (52%) dei posti letto aziendali, a fronte del 42% dei dimessi.

L'area medica è caratterizzata da un'alta complessità della casistica, come evidenziato dal peso dei DRG, mediamente elevato, oltre che da un'alta percentuale di ricoveri giunti in ospedale in urgenza.

Per contro, l'area chirurgica è caratterizzata da un elevato turn-over di pazienti e una degenza media più bassa.

2.2.3.1 Andamento ricoveri ordinari

Il totale dei **ricoveri** anno 2022 presso l'AORN A. Cardarelli ammonta a **36.778 di cui 11.872 in DH e 24.906 in RO**.

Nel **primo semestre 2022** sono stati effettuati **10.125 ricoveri in regime ordinario (RO)**, suddivisi nei mesi dell'anno come da figura 1.1.

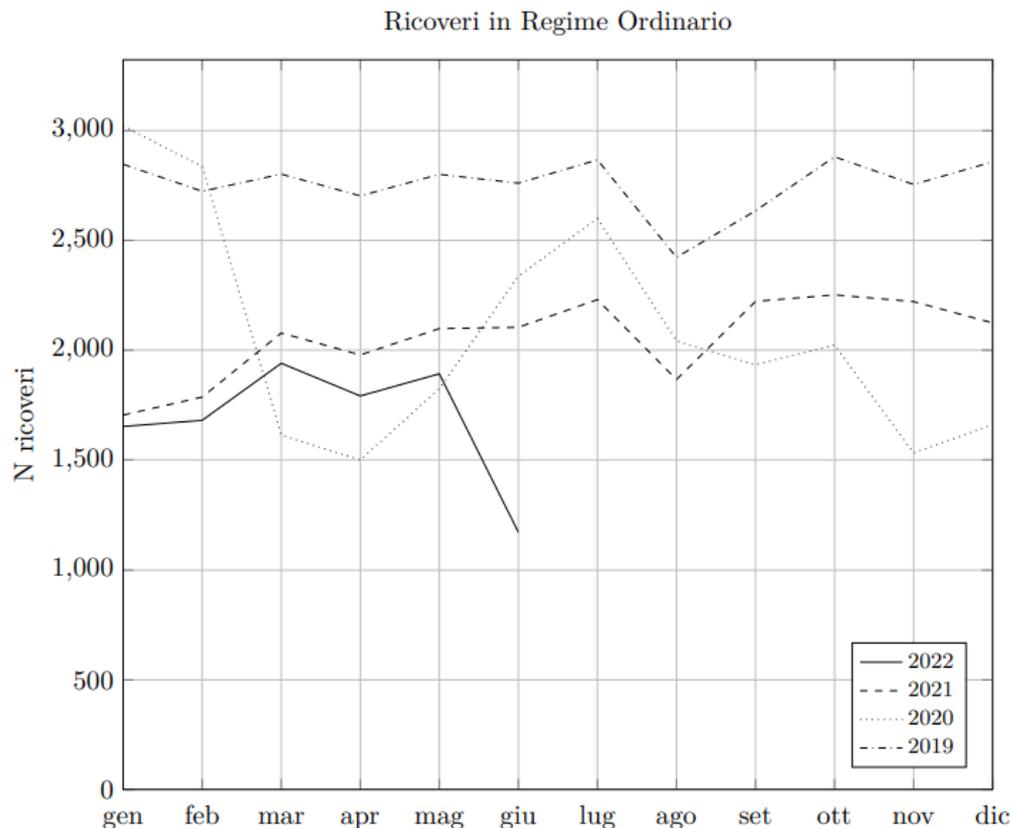


Figura 1.1: Volume di ricoveri in regime ordinario, suddiviso per mesi, dal 2019 al 2022. Fonte dati: SDO. **NB:** I dati sono tanto più consolidati quanto più sono datati, il che può spiegare anche la brusca flessione nel mese di giugno.

Nello stesso arco temporale, nel 2021, sono stati effettuati 11.748 ricoveri in RO. Sebbene i dati dell'anno passato non siano ancora consolidati, è possibile osservare un trend per il 2022 simile al 2021, che si era caratterizzato per una sostanziale stabilizzazione delle attività rispetto al 2020 (anno caratterizzato da forti contrazioni delle attività nei periodi di inasprimento del quadro pandemico).

Tale stabilizzazione si è attestata a un volume di ricoveri di circa il 25% in meno rispetto al 2019.

Il calo dei ricoveri rispetto ai livelli pre-pandemici è da attribuirsi, principalmente, ai ricoveri di tipo urgente (vedi figura 1.2). I ricoveri programmati (figura 1.3) avevano raggiunto, nell'ultimo trimestre 2021, volumi inferiori dell'8% rispetto al 2019.

Nel primo semestre dell'anno corrente, invece, mostrano un volume del 30% inferiore rispetto al 2019.

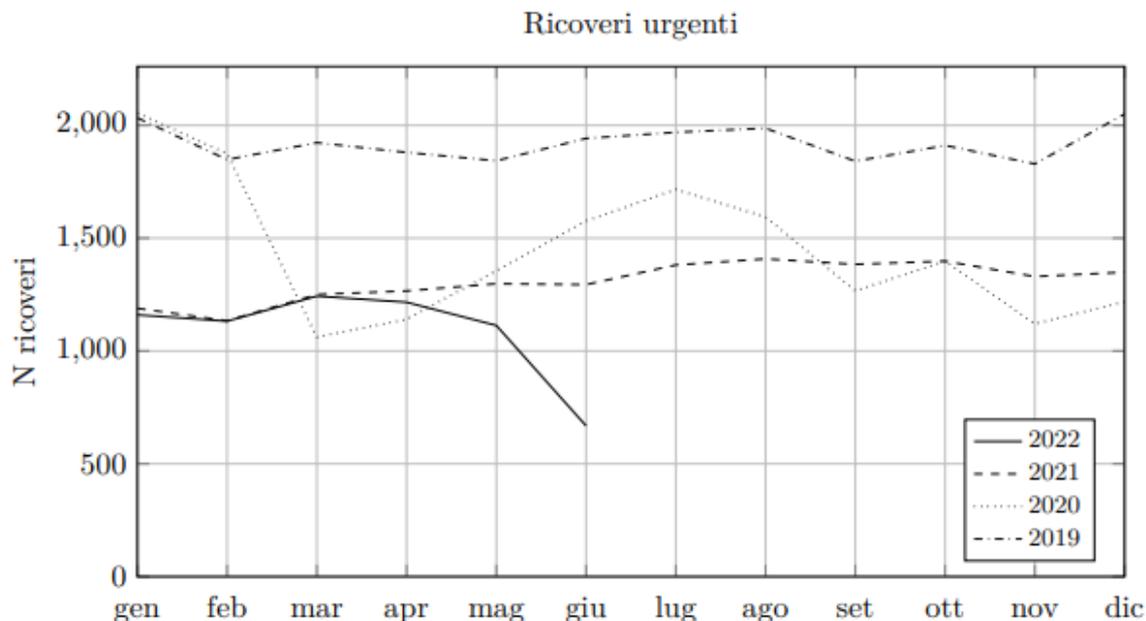


Figura 1.2: Volume di ricoveri in regime ordinario di tipo *urgente*, suddiviso per mesi, dal 2019 al 2022. Fonte dati: SDO. **NB:** I dati sono tanto più consolidati quanto più sono datati, il che può spiegare anche la brusca flessione nel mese di giugno.

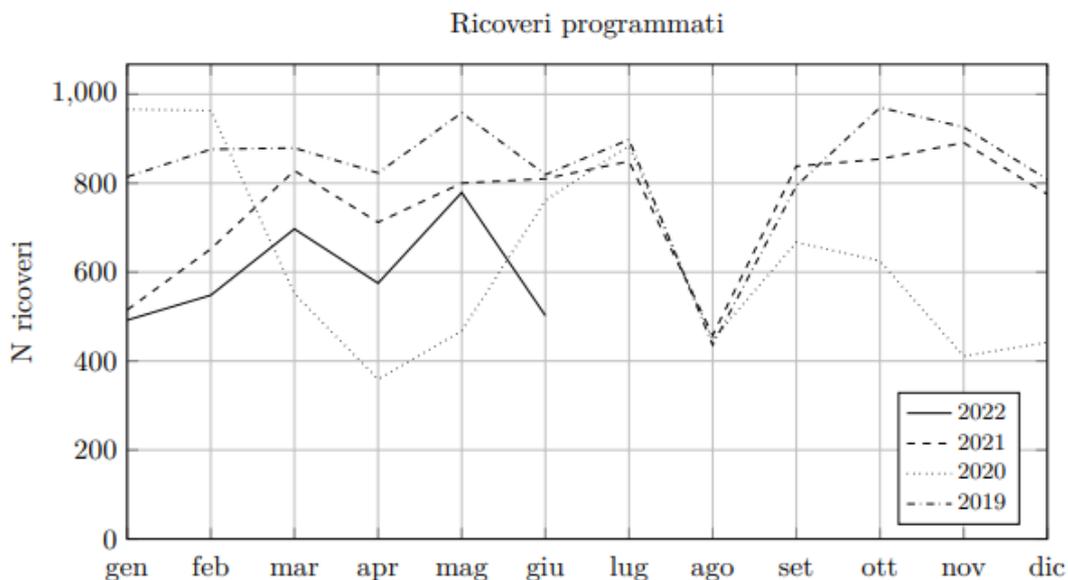


Figura 1.3: Volume di ricoveri in regime ordinario di tipo *programmato*, suddiviso per mesi, dal 2019 al 2022. Fonte dati: SDO. **NB:** I dati sono tanto più consolidati quanto più sono datati, il che può spiegare anche la brusca flessione nel mese di giugno.

Tabella 1.2: Provenienza dei pazienti che hanno eseguito un accesso in PS nel primo semestre dell'anno 2022 (solo Campania). La provenienza dei pazienti è stata estrapolata dall'indicazione di domicilio nel libro bianco.

Provenienza pazienti	N accessi	(%)
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	14 950	58
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	6 920	27
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	2 241	9
A.S.L. CASERTA	1 050	4
A.S.L. SALERNO	263	1
A.S.L. AVELLINO	97	<1
A.S.L. BENEVENTO	67	<1

2.2.3.2 Accessi di Pronto Soccorso

Il totale degli accessi al PS anno 2022 è **54.909 di cui ricoverati 15.940 e non ricoverati 38.670.**

Nel **primo semestre dell'anno 2022** sono stati effettuati **26.349 accessi in Pronto Soccorso (PS)**, equivalenti a 144 accessi medi giornalieri, suddivisi per codice colore come da figura 1.5. L'Azienda Cardarelli si mantiene come punto di riferimento, nel campo dell'emergenza – urgenza, per tutta l'area metropolitana di Napoli, attraendo, in particolare, l'utenza dalle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord (vedi tabella 1.2). Il numero degli accessi è aumentato del 19% dal primo al secondo trimestre (vedi figura 1.4): tale aumento è ascrivibile ai codici di triage gialli e verdi (vedi figura 1.5). Complessivamente, il numero degli accessi si è ridotto del 32% rispetto al periodo pre-pandemia. Il grafico in figura 1.6 riepiloga le modalità di dimissione da PS dal 2019 al 2022: i cambiamenti più marcati, nel corso del tempo, riguardano la riduzione del ricorso alle strutture ambulatoriali e l'aumento delle dimissioni a domicilio e per abbandono volontario; in riduzione, rispetto al 2021, il numero dei decessi.

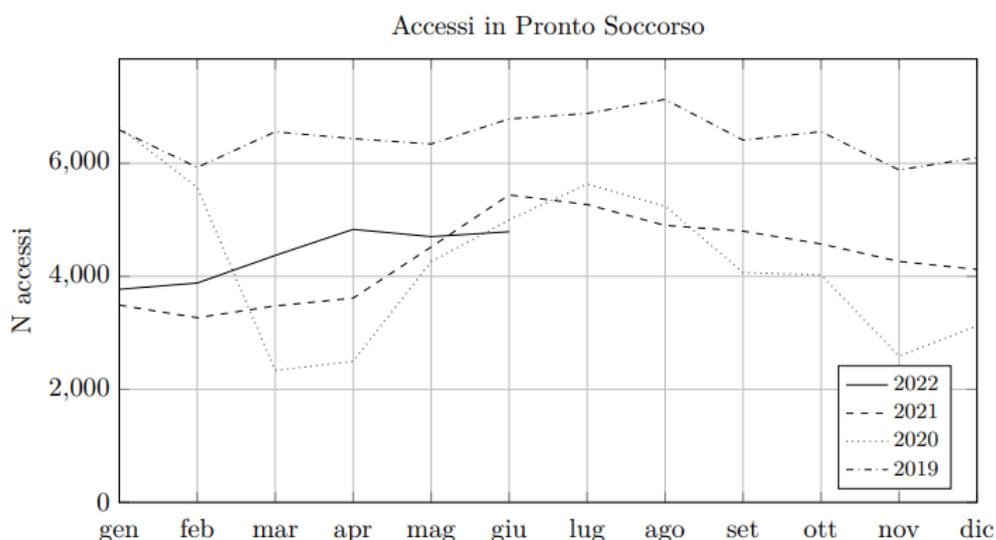


Figura 1.4: Volume di accessi in Pronto Soccorso, suddivisi per mese, dal 2019 al 2022.

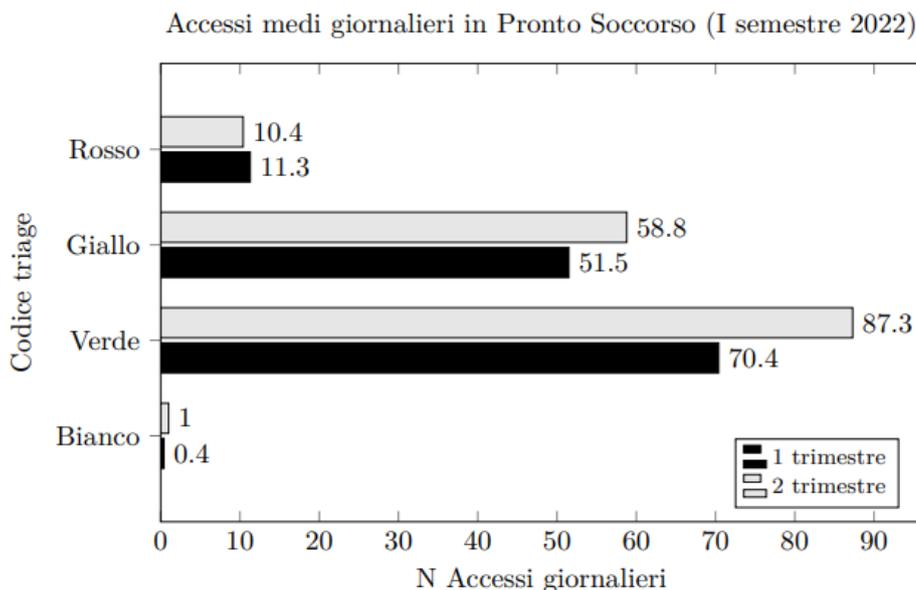


Figura 1.5: Accessi medi giornalieri in pronto soccorso divisi per codice colore di triage e trimestre dell'anno 2022. Nel secondo trimestre il numero degli accessi è aumentato per i codici gialli e verdi.

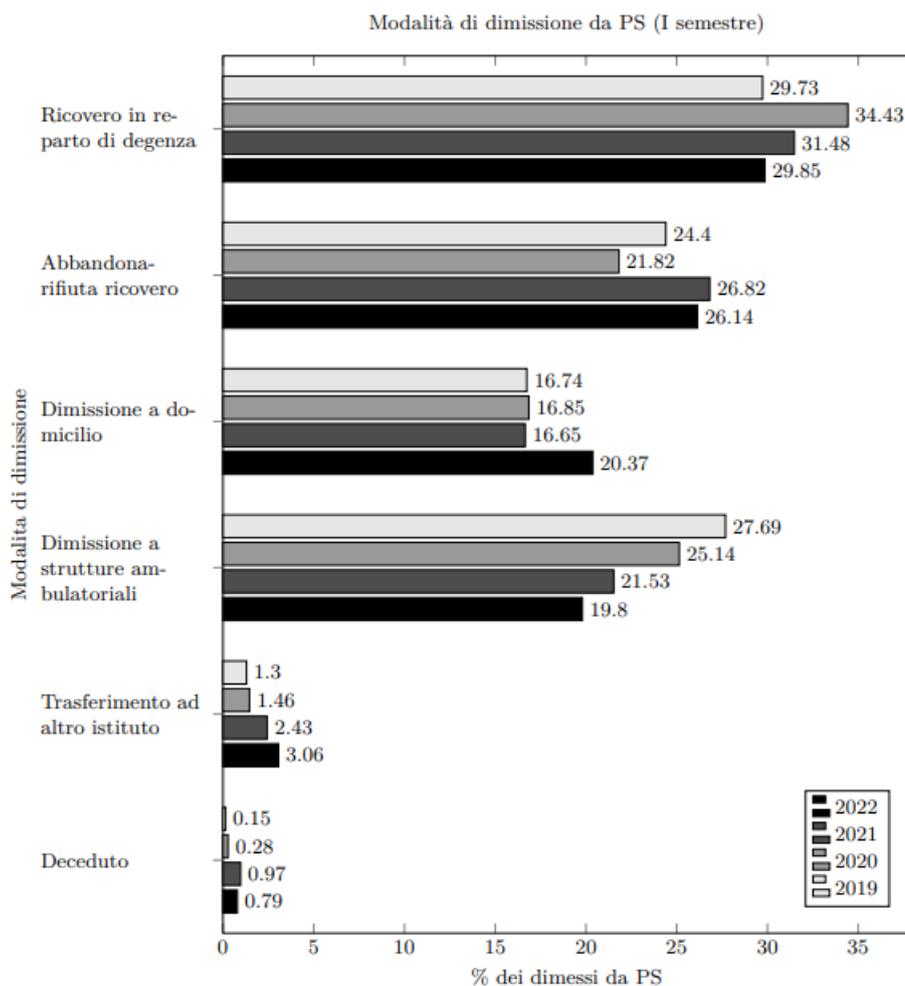


Figura 1.6: Accessi di Pronto Soccorso divisi per modalità di dimissione, in punti percentuali, per il primo semestre dagli anni 2019 – 2022.

2.2.8 Le dimensioni della performance

La metodologia adottata nel Piano si ispira ai modelli presenti in letteratura, tenendo conto delle specificità del contesto ospedaliero, che hanno comportato necessariamente delle personalizzazioni.

In particolare, il modello di riferimento è quello della **Balance Scorecard (BSC)**, la quale è caratterizzata per una visione multidimensionale che risulta particolarmente efficace nella misurazione e valutazione dell'attività di ospedale, evitando di concentrarsi unicamente sulla prospettiva economico – finanziaria e introducendo misure che considerano anche l'orientamento all'utente, la gestione dei processi e lo sviluppo futuro dell'organizzazione.

In particolare, sono state individuate le **dimensioni strategiche della performance**, ovvero:

- **dimensione di performance dell'utente**, in questo ambito sono inclusi gli aspetti di maggior interesse diretto per l'utente, quali ad esempio i percorsi di accesso, l'integrazione con il territorio, gli esiti garantiti sulla base delle prestazioni effettuate;
- **dimensione di performance dei processi interni**, in questo ambito sono inclusi aspetti importanti dal punto di vista organizzativo, talvolta non immediatamente riconoscibili da parte degli utenti finali, ma comunque fondamentali per garantire adeguati standard di qualità ed il pieno rispetto delle normative. Si pensi, ad esempio, allo svolgimento in modo efficiente di adeguati volumi di produzione, alla gestione del rischio clinico ed alla qualità, ma anche al rispetto delle normative sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza;
- **dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo**, per tutte le strutture sanitarie, ma soprattutto per un'azienda come l'AORN A. Cardarelli, è fondamentale garantire una costante attenzione all'innovazione tecnica, oltre ad azioni che assicurino lo sviluppo professionale di chi vi opera;
- **dimensione di performance della sostenibilità**, in questo ambito sono inclusi aspetti che devono garantire la sostenibilità nel tempo delle attività e dei servizi erogati, sia in termini economico-finanziari (assicurando il necessario equilibrio), sia per quanto attiene agli investimenti (assicurando così il necessario sostegno all'innovazione ed allo sviluppo), sulla base delle risorse disponibili.

Alcuni obiettivi potrebbero essere allocati anche in diverse dimensioni di *performance*, in quanto impattano in modo ampio sull'organizzazione e sui servizi erogati e, pertanto, si è deciso di collocarli secondo una logica di prevalenza. La direzione strategica, nel perseguire le finalità istituzionali aziendali, viene supportata dalle strutture amministrative che, ciascuno per la propria competenza, attuano gli obiettivi strategici e generali affidatigli.

2.2.9 Gli obiettivi di mandato

Anche per l'anno 2023 sono riproposti gli obiettivi pluriennali previsti dalle Delibere di Giunta Regionale di incarico (DGR 326/2022 –DCA 69/17 – DCA 103/18) che rappresentano un riferimento prioritario per l'azione aziendale. Gli obiettivi di mandato sono articolati in:

- obiettivi di carattere generale;
- obiettivi specifici;
- obiettivi tematici.

2.2.9.1 Gli obiettivi di carattere generale

Gli obiettivi di carattere generale sono rivolti agli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti governativi e regionali, affidati alla Direzione Strategica e, tramite il sistema c.d. “a cascata”, attribuiti ai dirigenti apicali (Direttori di UU.OO.CC. e Direttori UU.OO.SS.DD.) ed a loro volta ai dirigenti e dipendenti afferenti alle medesime Strutture (sanitarie ed amministrative):

- il **raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario dell'Azienda**, attraverso la razionalizzazione dei costi, il conseguimento dei ricavi aziendali, la continuazione delle iniziative ed azioni di cui al piano di efficientamento e riqualificazione, avviato nei precedenti esercizi finanziari, nonché eventuali ulteriori provvedimenti di risparmio di spesa;
- la prosecuzione e la conclusione delle azioni dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso **l'attuazione del percorso della certificabilità dei bilanci (PAC)** e dell'adozione di un sistema uniforme ed unico a livello regionale per l'effettuazione della contabilità analitica (DCA 67/2019);
- la prosecuzione del **rispetto dei tempi di pagamento**, al fine di ottemperare alle disposizioni comunitarie e nazionali previste;
- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dal Livelli Essenziali di Assistenza (**LEA**).

Il processo di pianificazione strategica si conclude con l'indicazione, da parte della Direzione Generale, degli obiettivi per le attività amministrative e la gestione operativa aziendale.

Le fasi ed i soggetti coinvolti sono descritti nel proseguo del documento.

In questa sede è utile evidenziare che gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Generale sono stati definiti coerentemente con le linee programmatiche dalla Regione Campania (vedi D.P.G.R.C. n. 106 del 04/08/2022 ad oggetto “A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli - Direttore Generale. Determinazioni”).

Pertanto, gli obiettivi strategici sono da intendersi quali obiettivi di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli *stakeholder*, programmati su base triennale, aggiornati annualmente sulla base delle priorità politiche dell'amministrazione.

Così come individuato dalla summenzionata Delibera di nomina, si riportano gli obiettivi specifici e tematici:

- **garanzia dei livelli essenziali di assistenza** monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- il **rispetto dei tempi di attesa** e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- **continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei Flussi Informativi**;
- **digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico** dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali.

La realizzazione degli obiettivi previsti per l'anno 2022, riconfermati nel provvedimento aziendale 2023, prevede un insieme coordinato di azioni, già avviate in un'ottica pluriennale, sulle quali sono stati coinvolte una pluralità di UUOCC.

In alcuni casi, si tratta di temi già consolidati all'interno dell'Azienda, in altri di argomenti affrontati ma per i quali non si è ancora riusciti a conseguire risultati apprezzabili e, per i quali, vanno perpetuate le azioni e le iniziative in corso.

Tali obiettivi ed indicatori sono considerati, ripresi nell'albero della *performance* aziendale, e nella conseguente declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi, assegnati ai Centri di Responsabilità ed ai singoli professionisti, nell'ambito del processo di budget.

Con riferimento alla dimensione della performance si osservi la tabella che segue:

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
Utente	Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	Vision aziendale
	Rispetto dei tempi di attesa	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
Processi interni	Soddisfazione delle esigenze di salute dei soggetti assistiti attraverso il miglioramento della qualità dei servizi erogati	Vision aziendale
	Orientamento al risultato piuttosto che al mero adempimento	Vision aziendale
	Efficiente e razionale impiego delle risorse disponibili per assicurare lo sviluppo dei servizi	Vision aziendale
	Rispetto degli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
	La predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
Processi interni	Prosecuzione delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
	Monitoraggio attività libero professionale (ALPI)	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico
	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico
	Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (H02Z) • Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario (H04Z) • Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (H05Z) • Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (H13C) • Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti (H18C) • Riduzione ricoveri diurni di tipo diagnostico, • Riduzione degli accessi di tipo medico • Riduzione gg degenza preoperatori, • % dimissioni con DRG medico oltre soglia negli anziani, % 	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico
	Rispetto degli adempimenti previsti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Obiettivi di mandato del DG - L.190/2013-D.Lgs.33/2013-PNA-ecc.
	Partecipazione diretta e diffusa degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali per svilupparne il senso di appartenenza ed identificazione	Vision aziendale
Innovazione e sviluppo	Promozione della formazione come strumento di qualificazione e miglioramento continuo	Vision aziendale

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
Sostenibilità	Raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale

2.2.10 Gli obiettivi operativi

Nella logica di elaborazione dell'albero della performance ogni obiettivo strategico è articolato in molteplici obiettivi operativi.

Per ciascun **obiettivo operativo** è definito:

- un indicatore, attraverso il quale ne viene misurato il raggiungimento, in virtù di idonei principi di trasparenza e linearità;
- le responsabilità organizzative, ovvero le unità operative di struttura complessa e semplice dipartimentale connesse al suo raggiungimento;
- i target assegnati, ovvero il valore obiettivo atteso, e - distintamente per ciascuna unità organizzativa - i pesi assegnati nell'ambito della complessiva valutazione della *performance*.

2.2.10.1 Ambito Sanitario

Le quattro prospettive della *BSC* (creazione del valore, orientamento all'utente, gestione per processi e sviluppo futuro dell'organizzazione) sono state adattate a quello specifico dell'Azienda, individuando quindi delle prospettive diverse attraverso cui può essere misurata e valutata la performance ai vari livelli (ospedale nel suo complesso, direzioni, dipartimenti, unità operative complesse e semplici dipartimentali, unità operative semplici, persone). In particolare le prospettive che, partendo da quelle previste dalla *BSC*, sono state adottate per la misurazione e la valutazione della *performance* organizzativa.

Area sanitaria:

- **appropriatezza sanitaria**, la quale fa riferimento ai criteri di efficacia e sicurezza che implicano il fatto che le scelte del sanitario adottate comportino benefici al paziente, creando il minor numero di effetti negativi;
- **setting assistenziale**, insieme delle procedure clinico-diagnostiche-terapeutiche volte al raggiungimento del benessere psico-fisico dell'utente;
- **percorsi di miglioramento organizzativo**, insieme delle procedure volte a miglioramento dei sistemi organizzativi aziendali.

Area tecnico-amministrativa:

- **efficienza ed efficacia**, capacità di una azienda di raggiungere gli obiettivi pianificati con l'ottimale allocazione delle risorse tecnico-economico-finanziarie ed umane;

- **gestione economico-finanziaria**, complesso di attività legate al ciclo economico tipiche di azienda erogatrice di servizi (prestazioni sanitarie);
- **sistematicità dei processi**, assicurare il regolare funzionamento delle attività aziendali consentendo il mantenimento di determinati livelli di attività;
- **portafoglio attività e servizi**, attraverso cui misurare e valutare la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati, nonché rilevare il grado di soddisfazione dei destinatari, anche attraverso modalità interattive.

Si riporta, di seguito, l'elenco degli obiettivi previsti, per l'anno 2023.

Appropriatezza sanitaria:

CODICE	OBIETTIVO	VALORE TARGET/SOGLIA
A01	Riduzione della degenza media dei ricoveri ordinari vs anno precedente	> = 20% risultato 100%
A02 A14	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta dei flussi di dati	>= 90% risultato 100%
A03 A16	Incremento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	>= 85% risultato 100%
A04	Indicatore H17C - Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NB percentuale con le indicazioni del PNE è differente in relazione alla complessità delle pazienti con il previsto <i>risk ajustement</i>	<= 24% risultato 100%
A05 A17	Raggiungimento della percentuale di preospedalizzazione centralizzata > 90% per le procedure programmate	>= 90% risultato 100%
A06 A30	Giornate preoperatorie pre-intervento per i ricoveri programmati	<= 1,4 risultato 100%
A07 A19	Rispetto dei tempi di attesa - Classe A	>= 85% risultato 100%
A08 A20	Rispetto dei tempi di attesa - Classe B	>= 85% risultato 100%
A09 A15 A24	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	> = 80% risultato 100%
A10	Indicatore H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni	> = 70% risultato 100%
A12 A18	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	< = 0,15 risultato 100%
A13	Indicatore H13C - Percentuale di pazienti con età superiore a 65 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>= 60 % risultato 100%
A11 A21	Indicatore H02Z - Quota degli interventi per tumore maligno della mammella eseguiti	>= 150 risultato 100%
A22	Indicatore H02Z - Diagnosi finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo	= SI risultato 100% = NO risultato 0%

A25	Implementazione, con report trimestrale, del registro dei decessi con lesione cerebrale nella rianimazione di riferimento	= 4 risultato 100%
A26	Tempi di validazione delle unità di sangue dalla donazione alla pronta disponibilità max 48 ore	>= 90% risultato 100%
A27	Incremento di pazienti trattati con PTCA entro 90 min. sul totale degli stemi trattati con PTCA entro 12 ore	>= 20 % risultato 100%
A28	Incremento del numero di "visita genetica di controllo, cod. 89010.036" per i pazienti con diagnosi già confermata di malattia rara	>= 5% risultato 100%
A29	Incremento numero di prescrizioni del farmaco tramite sistema SANIARP	>= 5% risultato 100%
A30	Giorni degenza media precedenti l'intervento chirurgico	<= 1,4 risultato 100%
A31	Percentuale di opposizioni sul totale segnalazioni	<= 37% risultato 100%
A32	Identificazione dei potenziali donatori di organi	>= 25% risultato 100%
A33	Percentuale di donatori su decessi con lesioni cerebrali	>= 16% risultato 100%

Setting assistenziale:

CODICE	OBIETTIVO	VALORE TARGET/SOGLIA
B01	Valutazione dei dimessi in regime ambulatoriale per embolia polmonare	> = 70% risultato 100%
B02	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico Trasferimento della attività in Ambulatoriale	>= 20 % risultato 100%
B03	Visite anestesiolgiche effettuate in preospedalizzazione	>= 30% risultato 100%
B04	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA	>= 5% risultato 100%
B05	Monitoraggio del follow-up dei neonati prematuri e/o di basso peso (< 1500 g.)	>= 100% risultato 100%
B06	Effettuare nel 2023 un numero di trapianti allogeneici di CSE in linea con quanto richiesto a livello Nazionale dalle competent authority (Centro Nazionale Trapianti), ai fini dell'accreditamento	> = 10 risultato 100%
B07	Effettuare nel 2023 un numero di trapianti autologi di CSE in linea con quanto richiesto a livello Nazionale dalle competent authority (Centro Nazionale Trapianti), ai fini dell'accreditamento	> = 20 risultato 100%
B08	Rilevazione campionaria effettuata in 2 giorni indice per mese del livello di utilizzo della CCE per i ricoveri ordinari	>= 85% risultato 100%
B09	Monitoraggio trimestrale degli indicatori inerenti gli obiettivi sanitari assegnati al DG	= 4 risultato 100%
B10	Rispetto dei tempi di attesa per indagini strumentali	>= 85% risultato 100%
B11	Partecipazione a tutte le attività del C.I.O. (Comitato Infezioni Ospedaliere)	>= 85% risultato 100%
B12	Rispetto nei 15 giorni per le patologie oncologiche - Riduzione tempi della diagnostica Citoistopetologica	<= 15 gg. risultato 100%

B13	Monitoraggio pazienti trapiantati esiti a 30 gg	>= 100% risultato 100%
B14 B15 B16 B17	Percentuale di referti firmati digitalmente per l'Invio al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)	>= 85% risultato 100%

Percorsi di miglioramento organizzativo:

CODICE	OBIETTIVO	VALORE TARGET/SOGLIA
G01 G18	Dirigenti delle unità operative che partecipano alla formazione compilazione SDO (per Direttore di Struttura obbligatoria)	>= 85% risultato 100%
G04	Percentuale personale sottoposto a rischio radiologico che ha ricevuto lo screening	>= 95% risultato 100%
G05 G19 G27	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici)	>= 85% risultato 100%
G06	Monitoraggio dei farmaci di alto costo di nuova introduzione nel PTO	>= 95% risultato 100%
G07	Monitoraggio prescrizioni del singolo farmaco vs totale farmaco erogato	>= 90% risultato 100%
G08	Numero di audit effettuati armadio farmaceutico e dispositivi medici e specialistici di reparto	= 15 risultato 100%
G09	Relazione semestrale sull'attività di pianificazione degli acquisti	= 2 risultato 100%
G10 G20 G32	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica	>= 100% risultato 100%
G11	Monitoraggio obiettivi assegnati alle Unità Dipartimentali e Complesse	> = 70% risultato 100%
G12	Controlli interni di accuratezza della compilazione e codifica delle SDO attraverso la revisione delle cartelle cliniche con conseguente, recoding delle relativa SDO nei casi di codifica inaccurata	>= 20 % risultato 100%
G13	Monitoraggio tempi di attesa attività intramurarie	= SI risultato 100% = NO risultato 0%
G14	Numero di ricoveri con preospedalizzazione rispetto ai ricoveri di elezione di tipo chirurgico	>= 90% risultato 100%
G15	Supporto a tutti gli incontri dei G.O.M. (Gruppi Oncologici Multidisciplinari)	>= 100% risultato 100%
G16	Personale inserito in corsi di formazione per anno in corso	>= 85% risultato 100%
G21	Dosimetria pazienti per i quali viene effettuata procedura di radioembolizzazione in medicina nucleare	>= 85% risultato 100%
G22	Percentuale di verifiche di radioprotezione apparecchiature radiologiche e di sicurezze RM	>= 100% risultato 100%
G23	Monitoraggio semestrale dei volumi di attività intramuraria	= 2 risultato 100%
G24 G26	Redazione piano aziendale afferente attività intramuraria L.120/2007	= SI risultato 100% = NO risultato 0%
G25	Monitoraggio semestrale dell'attività istituzionale	= 2 risultato 100%

G27	Pazienti movimentati pro die	>= 85% risultato 100%
G28	Trasferimenti effettuati pro die, a fronte di quanto richiesto	>= 85% risultato 100%
G29	Disponibilità ricettive acquisite, pro die	>= 85% risultato 100%
G30	Corsi di formazione attivati (come da Piano della Formazione)	>= 85% risultato 100%
G33	Incremento delle prestazioni diagnostiche molecolari di laboratorio rispettando i tempi di refertazione	>= 10 % risultato 100%
G34	Abbinamento del consenso informato alle procedure radiologiche contrasto grafiche a file paziente presente nel RIS	>= 85% risultato 100%
G35	Inserire il quantitativo di mezzo di contrasto utilizzato al file paziente presente nel RIS	> = 75% risultato 100%
G36	Percentuale di pazienti movimentati pro die rispetto ai programmati totali (comprensivi di diagnostiche)	>= 85% risultato 100%
G37	Report mensile consuntivo ore di straordinario unità sanitarie	=12 risultato 100%
G38	Incontri informativi quadrimestrali con tutti gli esponenti delle Direzioni Aziendali, dipartimentali e delle UOC Sanitarie	= 3 risultato 100%
G39	Formulazione di proposte per attivazione piano formativo per uniformare i comportamenti organizzativi e gestionali per ruolo di coordinamento	= SI risultato 100% = NO risultato 0% "
G40	Mantenimento del numero di donazioni annuali rispetto alla media ponderata degli ultimi 5 anni	>= 100% risultato 100%
G41	Completamento iter medico-legale nulla osta alla cremazione	>= 85% risultato 100%

2.2.10.2 Ambito Tecnico-Amministrativo

Si riporta, di seguito, l'elenco degli obiettivi previsti, per l'anno 2023

Efficienza ed efficacia:

CODICE	OBIETTIVO	VALORE TARGET/SOGLIA
C01 C04	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso - Percentuale pratiche trattate in copertura assicurativa	>= 85 ragg. 100%
C02	Convenzioni stipulate nei tempi previsti - Percentuale convenzioni stipulate nei 30 gg.	>= 85 ragg. 100%
C03 C07	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili propedeutiche alla certificabilità del bilancio (PAC-DCA27/2019) - Percentuale di carte contabili residue al 31/12/2023	<= 10 ragg. 100%
C05	Interventi art. 20 legge finanziaria 67/88 - 1° stralcio	>= 85 ragg. 100%
C06	Dismissione apparecchiature obsolete e contestuale indizione di procedure ad evidenza pubblica - Percentuale di apparecchiature dismesse con la formula del noleggio pluriennale o comodato comprensivo di consumabili	>= 85 ragg. 100%

C08	Analisi della corretta imputazione delle voci nell'alimentazione dei Centri dei Costi - Report trimestrale con evidenza delle anomalie rilevate	= 4 ragg. 100%
C09 C20	Definizione degli atti di indirizzo, circolari e disposizioni della direzione strategica adempimenti relativi alle attività assegnate non di competenza di altre UUOO e di Organismi Collegiali e Commissioni, con report semestrale delle attività svolte	= SI ragg. 100%
C10 C21	Gestione flusso documentale, protocollazione, archiviazione, tenuta registri, produzione di provvedimenti ed atti, attività di ricerca e studio, rapporti con interlocutori interni ed esterni e dematerializzazione dell'archivio amministrativo	= SI ragg. 100%
C18	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario - Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL	<= 180 ragg. 100%

Gestione economico-finanziaria:

CODICE	OBIETTIVO	VALORE TARGET/SOGLIA
D01	Monitoraggio fitti attivi - Percentuale di fitti attivi	>= 90 ragg. 100%
D02 D09	Rispetto dei tempi di pagamento - Fatture liquidate entro 30 gg.	>= 85 ragg. 100%
D03	Svincolo somme pignorate presso Tesoreria Aziendale - Percentuale di somme pignorate recuperate nel secondo semestre anno 2019	>= 30 ragg. 100%
D04	Indizione di tutte le gare in proroga al 06/09/2022 - Percentuale di gare in proroga come da documentazione del 6/9/2022 con report bimestrale alla Direzione Strategica	= 100 ragg. 100%
D05	Circularizzazione dei crediti (procedura DCA 27/2019) - Circularizzazione dei crediti anni 2020, 2021 e 2022	>= 85 ragg. 100%
D06	Rispetto dei tempi di pagamento - Fatture pagate entro 15 gg.	>= 85 ragg. 100%
D07	Monitoraggio sulle procedure dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) - Almeno 3 monitoraggi sulle procedure dei percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci	= 3 ragg. 100%
D08	Report trimestrali CE gestionale - Invio report trimestrale CE gestionale secondo le indicazioni del DCA 67/2019	= 4 ragg. 100%

Sistemicità dei processi:

CODICE	OBIETTIVO	VALORE TARGET/SOGLIA
E01	Processo della logistica farmaceutica - Istruttoria propedeutica all'indizione della gara per logistica farmaco	= SI ragg. 100%
E02	Monitoraggio dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati - Percentuale di flussi inviati nei tempi	>= 85 ragg. 100%
E03	Monitoraggio dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati - Percentuale di flussi informativi per il monitoraggio del personale (DCA 53/2019) inviati nei tempi previsti	>= 85 ragg. 100%
E04	Digitalizzazione del fascicolo personale del dipendente - Definizione del sistema e del software per il processo di digitalizzazione del fascicolo personale del dipendente	= SI ragg. 100%

E05	Procedure per il reclutamento del personale mediante concorsi - Percentuale di concorsi espletati	>= 85 ragg. 100%
E06	Digitalizzazione dei referti per alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Incrementare la digitalizzazione di tutti i referti di diagnostica per immagini, laboratorio, anatomia patologica, lettere di dimissioni ospedaliere e verbali di pronto soccorso ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito	>= 85 ragg. 100%
E07	Informatizzazione degli armadi di reparto/robotizzazione farmaceutica - Avvio della procedura per la informatizzazione degli armadi di reparto/robotizzazione farmaceutica entro 30/06/2023	= SI ragg. 100%
E08	Monitoraggio dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati - Invio informativa <i>just in time</i> e report semestrale alla Direzione strategica	= 2 ragg. 100%
E09	Qualità dispositivi protezione individuale - Verifica qualità dei dispositivi di protezione individuale approvvigionati e consegnati presso i magazzini aziendali	>= 11 ragg. 100%
E10	Digitalizzazione del fascicolo personale del dipendente - Definizione del processo di digitalizzazione del fascicolo personale, adozione della procedura e diagramma di GANTT	= SI ragg. 100%
E13	Monitoraggio trimestrale degli indicatori inerenti gli obiettivi sanitari assegnati al DG	= 4 risultato 100%
E15	Percentuale personale sottoposto a rischio radiologico che ha ricevuto lo screening	>= 95% risultato 100%

Portafoglio attività e servizi:

CODICE	OBIETTIVO	VALORE TARGET/SOGLIA
F01	Regolamento Europeo per il Trattamento dei dati Personali GDPR 2016/679 - Elaborazione di una check-list circa lo stato di adeguamento alla normativa vigente in tema di tutela della privacy e dei dati personali e attività correlate	= 3 ragg. 100%
F02	Regolamentazione viabilità interna all'Azienda - Redazione regolamento della viabilità interna e revisione del sistema di viabilità	= SI ragg. 100%
F03	Monitoraggio periodico sull'attività di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" (RPCT) - Pubblicazione report quadrimestrale sull'attività di monitoraggio	= 3 ragg. 100%
F04	Diffusione di informazioni rivolte ai cittadini - Aggiornamento periodico sito web aziendale	>= 9 ragg. 100%
F05	Diffusione di informazioni rivolte ai cittadini - Campagne trimestrali di comunicazione su temi concordati con la Direzione Strategica	= 4 ragg. 100%
F06	Rilevazione delle segnalazioni della qualità percepita dagli utenti (URP) - Report trimestrali attività del servizio URP	= 4 ragg. 100%
F07	Aggiornamento del fabbisogno relativo all'acquisizione di dispositivi di protezione individuale - Aggiornamento semestrale del fabbisogno DPI entro il 15 del mese successivo	= 2 ragg. 100%

F08	Corso di informazione e formazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 36,37 del D.lgs. 81/08 e ss.mm.ii.- Edizioni di corsi formazione attivati	= 10 ragg. 100%
F09	Revisione della segnaletica di sicurezza UU.OO. - Revisioni annue effettuate	>= 22 ragg. 100%

Di seguito si riporta la scheda tipo per area amministrativa.



Ciclo di gestione della performance 2023

Direzione Amministrativa

Scheda obiettivi BAA9904 UOC Affari Generali e Patrimonio

Cod.	Obiettivo	Indicatore	Formula	Target	Range di raggiungimento	Peso
Area tecnico amministrativa						
3. Efficienza ed efficacia						
C01	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.Lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso	Percentuale pratiche trattate in copertura assicurativa	$(N. \text{pratiche trattate in copertura assicurativa} / \text{contenzioso totale}) * 100$	85%	≥ 85 ragg. 100% $75 - 84$ ragg. 75% $65 - 74$ ragg. 50% < 65 ragg. 0%	20
C02	Convenzioni stipulate nei tempi previsti	Percentuale convenzioni stipulate nei 30 gg.	$(N. \text{convenzioni stipulate nei tempi} / N. \text{convenzioni}) * 100$	85%	≥ 85 ragg. 100% $75 - 84$ ragg. 75% $65 - 74$ ragg. 50% < 65 ragg. 0%	15
C18	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario	Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL	totale ore di straordinario retribuito per unità operativa/somma full time equivalent (FTE) per unità operativa	180	≤ 180 ragg. 100% > 180 ragg. 0%	5
4. Gestione economico-finanziaria						
D01	Monitoraggio fitti attivi	Percentuale di fitti attivi	$(N. \text{fitti attivi/locali occupati in Azienda}) * 100$	90%	≥ 90 ragg. 100% $80 - 90$ ragg. 75% $70 - 79$ ragg. 50% < 70 ragg. 0%	10
D09	Rispetto dei tempi di pagamento	Fatture liquidate entro 30 gg.	$(N. \text{Fatture liquidate entro 30 gg. (calcolate come n. giornate trascorse tra la data di ricezione della fattura sullo SDI e la data di liquidazione della fattura)} / N. \text{Totale Fatture ricevute}) * 100$	85%	≥ 85 ragg. 100% $75 - 84$ ragg. 75% $65 - 74$ ragg. 50% < 65 ragg. 0%	10
Totale Obiettivi						60



Ciclo di gestione della performance 2023

Direzione Amministrativa

Scheda obiettivi BAA9904 UOC Affari Generali e Patrimonio

Note alla Scheda Obiettivi

Firma Responsabile UO

per il Comitato di Budget

data _____

Di seguito si riporta la scheda tipo per area sanitaria:

Ciclo di gestione della performance 2023

Dipartimento Chirurgico Polispecialistico
Scheda obiettivi BSCP2400 UOC Ortopedia 1

Cod.	Obiettivo	Indicatore	Formula	Target	Range di raggiungimento	Peso
Area sanitaria						
1.Appropriatezza sanitaria						
A09	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro 24h	(N° consulenze evase entro 24h / totale consulenze richieste)*100	80%	>= 80% risultato 100% 79 - 70 risultato 75% 69- 60 risultato 50% < 60% risultato 0%	15
A13	Ob. CORE NSG - Percentuale di pazienti con età superiore a 65 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Indicatore H13C - Percentuale di pazienti con età superiore a 65 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	(Dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore con degenza preop. fra 0 e 2 giorni/n. dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore)*100	60%	>= 60% risultato 100% 60 - 55% risultato 75% 54- 50% risultato 50% < 50% risultato 0%	20
2.Setting Assistenziale						
B02	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico Trasferimento della attività in Ambulatoriale	(N. Prestazioni di tipo diagnostico in ricoveri DH - Anno 2023 - N. Prestazioni di tipo diagnostico in ricoveri DH - Anno 2022)/ N. Prestazioni di tipo diagnostico in ricoveri DH - Anno 2022	20%	>= 20% risultato 100% 19 - 17% risultato 75% 16- 14% risultato 50% < 14% risultato 0%	5
7.Percorsi di miglioramento organizzativo						
G01	Disciplinare la formazione in materia di appropriatezza e corretta compilazione SDO	Dirigenti delle unità operativa che partecipano alla formazione (per Direttore di Struttura obbligatoria)	(n. dirigenti partecipanti/n. dirigenti in forza)*100	85%	>= 85% risultato 100% 85 - 75% risultato 75% 74 - 65% risultato 50% < 65% risultato 0%	10
G10	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica (Attivazione della refertazione elettronica anche per le UO Ordinarie, Day Surgery e Interventi ambulatoriali)	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica	(Numero di referti operatori elettronici /Referti operatori totali)*100	100%	>= 100% risultato 100% 99 - 95 risultato 75% 94- 85 risultato 50% < 85 risultato 0%	10
Totale Obiettivi						60

Ciclo di gestione della performance 2023

Dipartimento Chirurgico Polispecialistico
Scheda obiettivi BSCP2400 UOC Ortopedia 1

Note alla Scheda Obiettivi

Firma Responsabile UO

per il Comitato di Budget

data _____

2.3 Sottosezione di Programmazione: Rischi Corruttivi e Trasparenza

Premessa

Il presente atto, concepito come uno strumento utile alla gestione dell'intero processo relativo alle attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si inserisce in un momento storico singolare, connotato, tra l'altro, dal termine dello stato di emergenza da Covid-19 che ha segnato il triennio 2019-2021.

A ciò si aggiunge che il Piano si inserisce in un contesto normativo in corso di definizione, infatti con il D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021, è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), il cui obiettivo è quello di raccogliere diversi strumenti di programmazione in un piano unico.

Con l'attività prevista per il 2023 si implementerà l'infrastruttura preventiva realizzata tramite la messa in esercizio del Portale Amministrazione Trasparente, il quale, alimentato dai referenti delle singole strutture aziendali, si prevede potrà essere pienamente operativo e ben collaudato tramite le attività cui si darà seguito nei prossimi mesi.

Al fine di assicurare maggiore incisività ed efficienza all'azione volta a garantire l'applicazione dei principi ispiratori della materia, alla luce dell'attività di formazione del personale dipendente, nel corso del triennio si procederà al monitoraggio dell'adempimento degli obblighi di trasparenza gravanti in capo alle singole strutture ricorrendo principalmente agli strumenti di rilevazione offerti dal portale aziendale.

In conclusione, nel corso del 2023 si intraprenderà un percorso fondato principalmente sulla semplificazione e digitalizzazione delle procedure amministrative in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione, orientato all'impiego efficiente ed efficace delle risorse aziendali.

2.3.1 Normative e direttive

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".
- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190".
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, “Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.
- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, “Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto “D.Lgs. n. 33 del 2013 -attuazione della trasparenza”.
- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione.
- Intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013.
- Delibera della CIVIT n. 75/2013 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001).
- Delibera dell’ANAC n. 146/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati.
- Delibera dell’ANAC n. 149/2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”.
- D.L. n. 66 del 2014 Misure urgenti per la Competitività e la giustizia Sociale.
- D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazione in L. 11 agosto 2014 n. 114 “Misure Urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”.

- Circolare n. 6 del 2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione Interpretazione e applicazione dell'articolo 5, comma 9, del decreto-legge n.95 del 2012, come modificato dall'articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n.90.
- Delibera dell'ANAC n.10 del 2015 "Individuazione dell'autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art.47 del d. lgs.33/2013)".
- Delibera dell'ANAC n 22 del 2014 pubblica il 15 Dicembre 2014 "Attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 9, comma 7 e 10, commi 3 e 4 lettere a) e b) del decreto-legge 24 aprile 2014 n.66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89".
- Determinazione dell'ANAC n.1 del 2015 "Criteri interpretativi in ordine alle disposizione dell'art. 38, comma 2-bis e dell'art.46, comma 1-ter del D.Lgs. 12 Aprile 2006, n. 163".
- Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'ANAC.
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", con particolare riguardo all'Area rischio Contratti pubblici.
- Delibera dell'ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 "Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione", con particolare riguardo alla parte VII – Sanità.
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e di limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013".
- Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 "Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale".
- Circolare n. 2 del 20 maggio 2017 del Ministero per la semplificazione e l P.A. "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA).
- Delibera dell'ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 "Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione".
- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001".
- ANAC – "Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021".
- Delibera ANAC n. 494 del 5 giugno 2019 "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici".

- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”.
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021.
- Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA).

2.3.2 Obiettivi e azioni del piano

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2023-2025 (di seguito anche Piano o PTPCT) viene adottato dall’AORN A. Cardarelli in adempimento alla L. n. 190/2012.

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

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

Il PTPCT deve identificare le misure organizzative utili per contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tale riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende:

- l’analisi del contesto – esterno ed interno;
- la valutazione del rischio che, a sua volta, è suddivisa in: identificazione, analisi, ponderazione e trattamento del rischio;
- identificazione e programmazione delle misure di prevenzione.

Il presente PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

Sezione A

I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo; funzioni attribuite e relative responsabilità

Sezione B

Analisi delle condizioni di rischio generali (contesto di settore e geografico) e analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda.

Sezione C

Le misure di prevenzione della corruzione:

- **generali** - perché incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull’intera amministrazione;

- **specifiche** - perché incidono su problemi specifici, individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento.

Documenti Allegati

Allegato 1. Tabella Obblighi Trasparenza.

Allegato 2. Mappatura delle aree di rischio specifico.

2.3.3 Prevenzione della corruzione e performance

La percezione dell'efficacia e dell'efficienza in ambito sanitario è fortemente legata a variabili quali:

- Qualità della prestazione sanitaria
- Tempi e qualità della risposta ai bisogni di salute emergenti
- Economicità delle soluzioni e delle prestazioni
- Livello di focalizzazione della risposta ai bisogni della popolazione

Occorre che l'Azienda ponga in primo piano il piano delle Performance e ponga quali indicatori di qualità del lavoro svolto, la corretta messa in campo delle azioni di prevenzione della corruzione e di monitoraggio dei rischi corruttivi. Tale processo deve maturare da mero adempimento a prassi di management utile ad una migliore gestione delle attività.

Principali azioni che l'Azienda intende perseguire per il triennio 2023-2025

- 1) Implementazione di un portale aziendale per la gestione organica delle attività dei processi della prevenzione della corruzione
- 2) Creazione di una rete di referenti per le attività di prevenzione della corruzione, trasversale a ciascun servizio
- 3) Individuazione e formazione del personale afferente al gruppo di lavoro del RPCT e – mediante un processo di condivisione delle conoscenze a cascata – avvio di percorsi di formazione continui diretti ai referenti interni ai servizi
- 4) Aggiornamento della mappa del rischio interno di corruzione all'interno dell'Azienda, sulla base delle peculiarità dell'AORN
- 5) Collaborazione con gli altri servizi aziendali per la definizione e promozione di procedure coordinate volte a limitare il rischio di corruzione
- 6) Consolidamento e piena digitalizzazione delle procedure per la gestione del whistleblowing
- 7) Revisione ed aggiornamento delle procedure aziendali relative alle varie tipologie di conflitto di interesse
- 8) Monitoraggio dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione.

SEZIONE A

I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio
corruttivo - *Funzioni attribuite e responsabilità*

1. I soggetti attuatori delle azioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza

L'azione di prevenzione della corruzione all'interno di un'Azienda Sanitaria delle dimensioni dell'AORN A. Cardarelli può essere portata avanti solo mediante l'impegno di diversi soggetti che, ciascuno con competenze e livelli di responsabilità differenti, agiscono nell'ambito di un'azione coordinata.

Il coordinamento di tali azioni è dato proprio dal presente Piano.

Sono parte attiva nella gestione della prevenzione della corruzione:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione, della trasparenza e l'integrità;
- tutti i Direttori di Struttura, i Dirigenti e tutto il personale che ad ogni titolo lavora e collabora con l'Azienda;
- il Gruppo di Supporto al RPCT;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- le strutture aziendali preposte allo svolgimento di ispezioni interne;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD).

1.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

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

Il Direttore Generale, inoltre, ha poteri di indirizzo strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

La collaborazione tra Direttore Generale e RPCT si concretizza anche con le comunicazioni sull'attività svolta dal Responsabile e con la sua "relazione annuale" indirizzata ad Anac e alla Direzione aziendale da pubblicare nel sito web dell'amministrazione ai sensi dell'art. 1, co.14 della l. 190/2012. In ogni caso il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta ogni volta ed in ogni caso l'organo di indirizzo lo richieda.

Il Direttore Generale ha nominato a dicembre 2022 il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza attualmente in carica.

1.2 Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Il RPCT dell'AORN A. Cardarelli è stato individuato tra i dirigenti di ruolo in servizio con incarico di Struttura Complessa. In particolare l'RPCT dell'Azienda assolve altresì il ruolo di Direttore dell'UOC Comunicazione ed Innovazione. Tale scelta organizzativa permette di creare delle utili sinergie tra le funzioni di prevenzione – proprie dell'RPCT – e le funzioni di comunicazione, pubblicità, privacy, adempimenti legge antimafia – coordinate dalla UOC in parola.

Per le molteplici prerogative, competenze, funzioni e tutele del RPCT si rinvia all'allegato 3 del PNA 2022 approvato da ANAC con delibera n. 7 del 17.01.2023. In questa sede si evidenziano soltanto alcune funzioni esercitate dal RPCT e previste sia dalla legge anticorruzione la n. 190/2012 che dal D.lgs. 33/2013 (c.d. legge sulla trasparenza).

La legge 190 all'art. 7 comma 1 prevede che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

All'art. 1, comma 10, stabilisce che il RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

Per quanto riguarda invece le prerogative stabilite dal decreto sulla trasparenza (D.lgs. 33/2013) l'art. 5, comma 7, attribuisce al RPCT il compito di pronunciarsi sul riesame dell'accesso civico: “Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso *o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6*”. *In questo caso il RPCT decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni*”.

Con riferimento all'istituto dell'accesso civico, in caso di ritardo o mancata risposta o diniego da parte del RPCT il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2, 9 bis L. 241/90.

1.3 Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto

I Direttori di Dipartimento e degli Staff di direzione generale e della direzione sanitaria e amministrativa insieme ai direttori delle strutture organizzative ed ai funzionari, sono i soggetti che, all'interno dell'azienda, detengono una profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali di loro competenza, di come sono strutturati i procedimenti amministrativi, dei dati contabili, tecnici, amministrativi e sanitari etc. e quindi rappresentano una fonte preziosa e insostituibile di conoscenze, valutazioni, detenzione di dati etc. per cui un loro coinvolgimento nel sistema, rappresenta un punto di forza dal quale partire, ma anche e soprattutto da sviluppare ed incrementare attraverso incontri, riunioni, scambio

di vedute e relazioni che trovano la loro piena attuazione nella partecipazione dei direttori nell'analisi dei processi e nell'attuazione della trasparenza amministrativa.

I Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e dei centri di Responsabilità interagiscono nel sistema determinato dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed hanno ruoli e funzioni di grande rilievo ed evidenza in quanto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1, lettera l- bis, D.lgs. 165/2001);
- forniscono informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e a formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera l- ter, D.lgs. 165/2001);
- provvedono al monitoraggio di primo livello riguardo l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione già individuate;
- rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e collaborare con il RPCT (art. 8, D.P.R.62/2013);
- assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale (art. 9, D.P.R. 62/2013);
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3, D. Lgs.33/2013; delibera ANAC n. 1310/2016, sostitutiva della Delibera CIVIT n. 50/2013);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 15, D.P.R. 62/2013);
- controllano ed assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico (art. 43, comma 4, D.lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs. 97/2016).

Nel sistema aziendale **tutti i dipendenti** sono comunque gli attori fondamentali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione, collaborano con il RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione e si adoperano per l'attuazione della trasparenza, conformano le proprie azioni alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento, segnalano le situazioni di illecito, si astengono in caso di conflitto di interesse.

1.4 Il Gruppo di Supporto al RPCT

In considerazione della complessità e numerosità degli adempimenti, delle problematiche affrontate dalla normativa relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, l'AORN A. Cardarelli, individua un idoneo gruppo di lavoro di supporto che coadiuvi il RPCT nelle seguenti attività:

- redazione degli atti di natura generale (regolamenti, circolari operative, disposizioni sanzionatorie, relazione annuale RPCT, PTPTC);
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità e, eventualmente, della sua modifica;
- collaborazione nell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e di proposta delle relative misure di prevenzione;
- collaborazione alla definizione del piano di formazione e individuazione dei dipendenti a cui destinare le attività formative;
- attività di controllo sul rispetto degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza (art. 43, co 1, D.lgs. 33/2013).
- Supporto ai Dirigenti ed ai referenti circa la corretta attuazione del piano ed il corretto utilizzo dei mezzi informatici.

Principali azioni che l'AORN intende perseguire per l'anno 2023

Individuazione de gruppo di lavoro, che si potrà modificare nelle competenze e nella composizione nel corso del triennio alla luce degli aggiornamenti organizzativi determinati da:

- modifica della normativa di riferimento;
- valutazione delle procedure di pubblicazione;
- organizzazione delle competenze interne al gruppo per un'ottimizzazione delle procedure.

1.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V)

L'O.I.V. riveste una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza in quanto svolge, tra l'altro, un'attività di verifica sulla coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPTC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale insieme all'obbligo di verifica per l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati obbligatori in Amministrazione Trasparente (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009).

L'OIV ha tra i propri compiti:

- la partecipazione al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi;
- considerare i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgere compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- esprimere parere sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda;
- assicurare il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, attribuendo rilevanza al rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio, verificando, in particolare, l'assolvimento degli obblighi di vigilanza e controllo da parte dei dirigenti sull'attuazione e sul rispetto dei Codici di Comportamento, e prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale;
- svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice di Comportamento, riferendone nella relazione annuale;
- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

1.6 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti disciplinari, relativamente alle attività di prevenzione della corruzione, svolge le seguenti funzioni:

- attiva e definisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in stretta collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.).

SEZIONE B

Analisi delle condizioni di rischio - Contesto di settore e geografico; analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda

1 L'Analisi del contesto

L'analisi del rischio di corruzione all'interno dell'Amministrazione si fonda su tre diversi livelli:

- una valutazione derivante da dati di scenario e del settore sanità;
- una valutazione fondata sullo storico delle attività svolte all'interno dell'Azienda;
- una valutazione “esperienziale” basata su valutazioni non documentate, ma fondate sul vissuto di quanti hanno partecipato alla redazione del Piano e di quanto rilevato da organismi di ricerca.

In questa sede è possibile riportare valutazioni di scenario e di settore, e valutazioni “esperienziali”, mentre le informazioni pregresse sono il risultato di un'attività di archiviazione svolta dal precedente RPCT.

Gli ultimi anni hanno proposto problematiche nuove, determinate dalla necessità di procedere con somma urgenza nell'approvvigionamento di beni scarsi (mascherine, camici monouso, guanti, tecnologie, etc.). Tale condizione è stata segnalata come fortemente rischiosa dall'ANAC, perché la necessità ha richiesto la semplificazione di diverse procedure, modificando le procedure di controllo.

L'analisi del contesto aziendale ed il monitoraggio dei rischi potenziali è lo strumento determinante per poter mettere in atto le misure di prevenzione della corruzione più efficaci. Il sistema informativo che si intende implementare per la gestione della sezione Amministrazione Trasparente permetterà di raccogliere flussi di dati utili ad avere un monitoraggio continuo e reale dei processi aziendali.

Risulterà indispensabile attuare una maggiore integrazione tra il servizio di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il servizio Controllo di gestione, con il servizio deputato alla redazione del Piano delle Performance e con l'UPD. Tale integrazione risulta determinante per poter attuare una definizione ed un monitoraggio dei processi aziendali ed una definizione degli specifici rischi per ciascuno di essi.

Principali azioni che l'AORN intende perseguire per l'anno 2023

Nell'ambito dell'anno corrente, occorrerà progettare sistemi di monitoraggio dei rischi mediante la determinazione di flussi utili a “storicizzare” episodi corruttivi che possano restituire precise indicazioni circa le aree a maggior rischio.

1.1 Il contesto esterno

Il contesto territoriale e il tessuto sociale ascrivibili all'AORN A. Cardarelli sono connotati da un'estrema complessità e moltitudine di aspetti, descritti nell'Atto Aziendale di codesta Azienda, al cui contenuto ci si riporta integralmente.

Relativamente all'attuale contesto criminale si rinvia alla relazione per l'inaugurazione dell'anno

giudiziario 2023 della Corte d'Appello di Napoli, la quale offre una disamina delle dinamiche criminali associative nella provincia di Napoli.

1.2 Il contesto interno

L'Atto aziendale vigente, offre una disamina delle strutture organizzative aziendali. Tra queste, oltre a quelle che ontologicamente si pongono in un'area di rischio particolarmente elevata (si pensi alle strutture aziendali che si occupano di acquisti, gare e concorsi), si ritiene che, sulla scorta di una valutazione prettamente esperienziale, sussistono altri ambiti particolarmente esposti ai fenomeni corruttivi. A titolo meramente esemplificativo, rientrano nel novero dei suddetti ambiti quelli collegati alle attività finalizzate alle valutazioni medico-legali.

2. Lo scenario

2.1 Il rapporto Transparency International Italia

L'indagine condotta dalla Transparency International vede l'Italia, nel 2021, al 42° posto nel mondo, con un Indice di Percezione della Corruzione (CPI), nel settore pubblico e nella politica, che raggiunge 56 punti su 100. Tale dato registra un miglioramento rispetto all'anno precedente, risultato della crescente attenzione dedicata al problema della corruzione. Con specifico riferimento al settore sanitario, il Rapporto di Trasparenza International Italia "Corruzione e sprechi in Sanità" individua cinque ambiti principali a cui sono associate specifiche problematiche corruttive:

Ambito	Problematiche
Nomine	Ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze
Farmaceutica	Aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli
Procurement	Gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate a cartelli, infiltrazione crimine organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate
Negligenza	Scorrimento liste di attesa, dirottamento verso sanità privata, false dichiarazioni (intramoenia), omessi versamenti (intramoenia)
Sanità privata	Mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni drg, falso documentale.

Relativamente alle problematiche rilevate, il Rapporto di Transparency International Italia, individua 15 proposte per aiutare la “sanità malata”, da applicare per ridurre il rischio corruzione nel settore sanitario, liberando risorse e abbattendo i costi senza incidere sui servizi erogati:

- risanare il rapporto tra politica e sanità;
- rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche;
- aumentare l’efficienza e intensificare i controlli sull’attività dei medici;
- modificare le procedure di controllo delle spese;
- promuovere l’etica tra i medici contro ogni forma di corruzione;
- aumentare i controlli sull’esecuzione degli appalti in sanità;
- pubblicare indicatori di attività e di out come sull’attività dei medici;
- accreditare le strutture sanitarie private sulla base delle loro effettive capacità;
- aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche;
- promuovere il whistleblowing;
- rendere pubblici i pagamenti effettuati in sanità;
- definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata;
- aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria;
- modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria;
- prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti.

2.2 Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale

Dalle analisi sopra riportate emerge che la Campania ed il comparto della sanità pubblica rappresentano contesti di rischio specifico, da prevenire in modo puntuale. L’analisi del rischio nell’AORN A. Cardarelli mediante l’assunzione di decisioni da parte dell’autorità giudiziaria nei confronti di personale dipendente o convenzionato dell’Azienda Sanitaria, rivela un quadro che potrebbe apparire estremamente tranquillizzante. Nel corso del 2022, infatti, nell’Azienda non si è realizzato alcun fenomeno di corruzione accertata.

Tuttavia, occorre prestare la massima attenzione alle procedure di acquisizione di beni e servizi. In questa fase storica, la necessità da parte della sanità di rispondere in modo diretto e immediato ai bisogni di assistenza alla popolazione determinati dal termine dello stato emergenziale, permette di adottare procedure rapide ed estremamente semplificate. Tale condizione risulta essere potenzialmente estremamente rischiosa, in quanto potrebbe favorire fenomeni corruttivi.

In tal senso, le azioni di rotazione dei dirigenti, sono da ritenersi misure utili a limitare tale rischio. Occorre, tuttavia, predisporre un piano organico di rotazione dei dirigenti, compatibilmente con il rispetto delle necessarie competenze e della richiesta di massima efficienza della macchina amministrativa.

In allegato si riporta la mappatura dei rischi specifici relativa alle singole tipologie di procedimento ed ai rischi ad esso connessi.

Principali azioni che l'AORN intende perseguire per il triennio 2023-2025

Definire un piano di rotazione della dirigenza, compatibilmente con le specifiche esigenze tecniche richieste dai singoli servizi.

SEZIONE C

La prevenzione del rischio corruttivo - Misure di prevenzione del rischio corruzione

1. Un sistema in evoluzione

L'AORN A. Cardarelli sta avviandosi verso una profonda revisione del processo di gestione della prevenzione del rischio corruttivo. L'obiettivo, infatti, è passare da un sistema di controlli *una tantum* settoriali ad un modello di gestione dei processi organico e totalmente digitalizzato, capace di individuare i rischi di corruzione insiti nelle attività e mettere in atto concretamente le misure idonee.

Spesso, infatti, come testimoniato dall'analisi dello scenario riportato nelle pagine precedenti e come visto mediante il bassissimo numero di procedimenti giudiziari che in Italia e nell'AORN si sono registrati, i fenomeni corruttivi sono capaci di sfuggire ai controlli ex-post in quanto, o si tratta di episodi estremamente puntuali, non facilmente riscontrabili, oppure di situazioni in cui vengono utilizzate sofisticate metodologie per sfuggire ai controlli.

L'amministrazione, dunque, come già evidenziato dagli studi effettuati e dalla stessa ANAC deve orientarsi verso una maggiore attività di prevenzione utilizzando la seguente metodologia:

- Mappatura dei processi e valutazione specifica – per ciascuno di essi – del rischio corruttivo;
- Mettere in atto azioni correttive alla limitazione del rischio;
- Sviluppare un sistema di reportistica utile a monitorare l'efficacia delle azioni messe in atto.

In questo senso, come già detto, il presente piano si propone come un momento di passaggio tra un vecchio approccio basato sui controlli ex-post ed un nuovo modello gestionale fondato su azioni da realizzare ex-ante, accompagnate da un monitoraggio.

Per far ciò, gli strumenti necessari sono:

- Revisione continua dei regolamenti – verifica dei regolamenti comportamentali in essere e misura della loro efficacia;
- Mappatura dei processi gestionali;
- Adozione di procedure informatiche, capaci di mappare con certezza e di codificare le procedure;
- Continuo aggiornamento delle informazioni ai fini del monitoraggio e della rendicontazione delle misure adottate per la prevenzione della corruzione;
- Coinvolgimento attivo del top e middle management nel processo;
- Creazione di una rete di referenti all'interno dell'Azienda e loro coinvolgimento nel processo.
- Strutturazione di un'organizzazione a matrice che individua i diversi livelli di responsabilità;
- Formazione continua del personale tutto.

Considerata la complessità organizzativa e la dimensione dell’Azienda, un sistema così articolato e complesso richiede un lavoro strutturato su più anni, con obiettivi strategici di medio periodo ed obiettivi operativi annuali.

Per il triennio 2023 - 2025 gli obiettivi principali sono:

- Digitalizzazione dei processi connessi alla Trasparenza e all’Anticorruzione;
- Realizzazione di voci più specifiche della mappatura dei rischi;
- Definizione di un programma formativo pluriennale, capace di accompagnare l’evoluzione organizzativa ed informativa del sistema di prevenzione della corruzione.

2. Le misure generali di prevenzione della corruzione

Il presente PTPCT, sulla base di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022, identifica le seguenti misure generali di prevenzione della corruzione:

- a. misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica;
- b. la rotazione straordinaria;
- c. i doveri di comportamento;
- d. conflitto di interesse;
- e. le inconfiribilità/incompatibilità di incarichi;
- f. la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici (art 35-bis del D.lgs. 165/2001);
- g. gli incarichi extraistituzionali;
- h. divieti post-employment (pantouflage);
- i. i patti d’integrità;
- j. la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. wistleblower);
- k. la formazione;
- l. la rotazione ordinaria.

a. Misure sull’accesso/permanenza nell’incarico/carica pubblica

L’ordinamento ha predisposto tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l’accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti:

- l'istituto del trasferimento ad ufficio diverso da quello in cui si prestava servizio per il dipendente rinviato a giudizio per alcune tipologie di delitti: il trasferimento è obbligatorio; il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva;
- in caso di condanna, anche non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio;
- in caso di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti è disposta l'estinzione del rapporto di lavoro;
- nel caso di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni si applica il disposto dell'articolo 32-quinquies del codice penale.

Il trasferimento d'ufficio conseguente a rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva, non hanno natura sanzionatoria, ma sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, di protezione dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione, mentre solo l'estinzione del rapporto di lavoro ha carattere di pena accessoria

b. La rotazione straordinaria

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

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

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

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

L'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione, la sua durata, le misure alternative in caso di impossibilità, le conseguenze sull'incarico dirigenziale, sono oggetto di specifica Delibera ANAC¹.

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

c. I doveri di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una connessione con i PTPCT.

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

L'adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione/mal amministrazione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all'amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione. Ne discende che il codice è elaborato in stretta sinergia con il PTPCT. Il fine è quello di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

Principali azioni che l'AORN intende perseguire per il triennio 2023-2025

L'AORN aggiornerà il proprio codice di comportamento. Obiettivo di questo RPCT è garantire la massima diffusione del Codice, introducendone la conoscenza quale parte di procedimenti ordinari dell'Azienda Sanitaria e sviluppando percorsi formativi ad hoc.

Occorre, inoltre, predisporre un sistema di monitoraggio continuo dell'efficacia del regolamento mediante survey utili a verificarne l'adozione corretta, la conoscenza e l'adeguatezza.

d. Conflitto di interesse

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

Il conflitto può essere:

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

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

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

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

A mero titolo esemplificativo, rappresentano casi di conflitto di interessi:

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'Azienda, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'Azienda, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumento all'immagine dell'Azienda, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 29/2013 o da altre disposizioni di legge (inconferibilità e incompatibilità);
- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D.Lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"², presentano una situazione di conflitto di interessi.

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

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

e. Le inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Le disposizioni tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe

² Secondo il Comma 6 D.Lgs. 165/2001, gli incarichi che rientrano nelle ipotesi di deroga sono:

- a) la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- b) l'utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- c) la partecipazione a convegni e seminari;
- d) incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- e) incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
- f) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- g) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- h) attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica.

attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

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

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

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

f. La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art 35-bis del D.lgs. 165/2001

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

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

Con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013 "Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione", viene disposto il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione

dai pubblici uffici e alla tipologia di reato. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità.

g. Gli incarichi extraistituzionali – art.53 del D.lgs. 165/2001

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

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

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

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

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

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

Le disposizioni appena richiamate, sono attuate dall'AORN A. Cardarelli per il tramite di apposito regolamento.

h. Divieti post-employment (pantouflage)

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

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

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

i. I patti d'integrità

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere d'invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto d'integrità dà luogo all'esclusione della gara e alla risoluzione del contratto.

j. La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)

L'art.1 comma 5 della Legge n. 190/2012 ha inserito un nuovo articolo, il 54 bis, nell'ambito del D.lgs. n. 165/2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura specifica finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come "whistleblowing".

Con l'espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente di un'amministrazione che segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire. Tale segnalazione (cd. whistleblowing) è, pertanto, un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico. Il whistleblowing è, dunque, la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower, il cui scopo principale è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente.

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

- non presentino alcuna sottoscrizione;
- rechino una sottoscrizione illeggibile;
- pur apparendo riferibili a un soggetto non consentano, comunque di individuarlo con certezza, non saranno prese in considerazione.

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

Azioni previste per il triennio 2023-2025

Gestire digitalmente, in modo criptato, le segnalazioni dei whistleblower, garantendo l'assoluta riservatezza delle segnalazioni e, allo stesso tempo, permettendo di acquisire tutte le informazioni utili alla corretta gestione della segnalazione.

Adottare un apposito regolamento disciplinante l'istituto in parola, dandone massima diffusione al fine di informare i dipendenti circa il corretto utilizzo del whistleblowing.

Nel triennio si avvierà il monitoraggio delle segnalazioni, al fine di individuare nuove aree esposte ai rischi corruttivi.

k. La formazione

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione. In coerenza con la linea pluriennale del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, l'Azienda definirà un piano pluriennale di interventi formativi volto a:

- sviluppare percorsi formativi operativi differenziati, in ragione dei ruoli previsti dal Piano per le diverse funzioni.;
- addestrare i referenti circa le procedure e i software da adottare;
- promuovere i principi etici e la cultura della prevenzione della corruzione.

Pertanto il RPCT individua, in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane e con l'organo di indirizzo, nonché con la UOC Ricerca, Formazione e Cooperazione Internazionale i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi.

Azioni previste per l'anno 2023

È intendimento di quest'Azienda produrre un piano formativo che sia il frutto dell'analisi dei fabbisogni raccolta sia attraverso valutazioni di scenario che mediante la specifica richiesta di contributi da parte dei destinatari della comunicazione.

1. La rotazione ordinaria

La rotazione c.d. ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. La rotazione del personale è una misura organizzativa preventiva finalizzata al limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

2. Le misure specifiche

La rotazione delle funzioni nel triennio 2023-2025

La rotazione, in quanto misura organizzativa innovativa rispetto allo status quo, determina, nel breve periodo, una riduzione della capacità di intervento in tempi rapidi.

Nel triennio 2023-2025 si adotteranno tutti i provvedimenti volti ad assicurare la rotazione ordinaria.

Al di là delle misure generali di prevenzione l'AORN metterà in campo delle azioni specifiche di prevenzione, *in primis* la mappatura dei processi e la correlata valutazione dei rischi associata a ciascun processo.

Tale attività deve essere approfondita nel corso del 2023, al fine dettagliare in modo preciso e specifico i diversi processi.

2.1 La mappatura dei processi

Consiste nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione, e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

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

Gli elementi utili per la descrizione di un processo sono:

- elementi di ingresso che innescano il processo – input;
- risultato atteso del processo – output;
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output – le attività;
- momenti di sviluppo delle attività – le fasi;
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento;
- vincoli;
- risorse e interrelazioni;
- criticità.

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

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

- Acquisizione e gestione del personale;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Attività di vigilanza, controllo, ispezione;
- Attività Legale e Procedimenti sanzionatori;
- Attività libero professionali e liste di attesa;

- Contratti pubblici;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Gestione di risorse economico-finanziarie;
- Incarichi e nomine;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Rilevazione presenze.

2.2 La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macrofase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l'identificazione del rischio;
- l'analisi del rischio;
- la ponderazione del rischio.

2.3 La identificazione degli eventi rischiosi

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare i comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi.

In questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. Per poter procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni amministrazione utilizzi una pluralità di tecniche e prenda in considerazione il più

ampio numero possibile di fonti informative. A titolo esemplificativo, le fonti informative utilizzabili sono costituite da:

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

2.4 L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha come obiettivi quelli di:

- pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione;
- stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

L'analisi dei fattori abilitanti – consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. Alcuni esempi:

- mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli);
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;

- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Anche in questo passaggio il coinvolgimento della struttura organizzativa è indispensabile. La stima del livello di esposizione al rischio – in questa fase l’analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività.

I criteri per la valutazione dell’esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti. Di seguito vengono forniti alcuni esempi di indicatori di stima del livello di rischio:

- livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo / attività esaminata: se l’attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie ad esprimere un giudizio motivato sui criteri di valutazione di stima del livello di esposizione del rischio deve essere coordinato dal RPCT. Le informazioni possono essere rilevate da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati, oppure attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. self assessment). In ogni caso, per le valutazioni espresse bisognerà esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto.

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si dovrà pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all’oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso). Nel condurre questa valutazione complessiva è opportuno precisare che:

- nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi, siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nello stimare l'esposizione complessiva del rischio;
- è opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico.

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di "agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione".

Per quanto riguarda le azioni da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

2.5 Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, devono essere individuate misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

L'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" del PTPCT.

Le principali tipologie di misure generali e specifiche che possono essere individuate sono:

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

2.6 Monitoraggio e riesame

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. A riguardo, si possono distinguere due sottofasi:

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

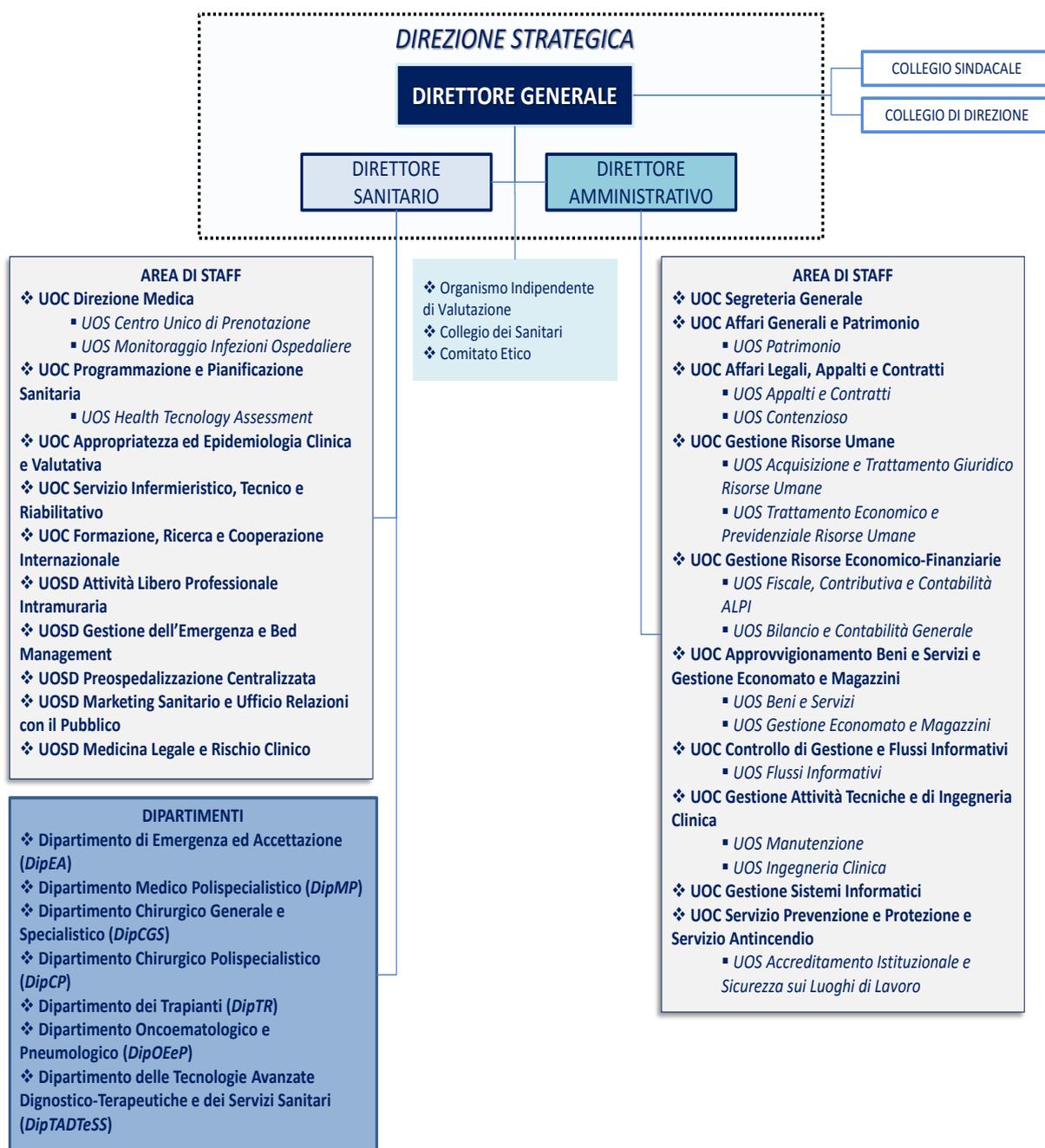
Sono le fasi in cui vengono verificate l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare le modifiche

SEZIONE 3

Organizzazione e capitale umano

3.1 Sottosezione di programmazione: Struttura Organizzativa

L'organigramma aziendale, così come previsto nella figura sotto riportata, è stato ottenuto dall'Atto Aziendale dell'AORN A. Cardarelli, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 820 del 27-10-2016:



Si precisa che:

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 954 del 23.08.2022 si istituisce, nell'ambito delle strutture tecnico-amministrative, l'Unità Operativa Complessa “**Comunicazione ed Innovazione**”;
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 1311 del 15.12.2022 si cambia la denominazione della U.O.C. “Controllo di Gestione e Flussi Informativi” in U.O.C. “**Pianificazione e Controllo di Gestione**”;
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 29 del 20.01.2022 si istituisce, nell'ambito delle strutture tecnico-amministrative, l'Unità Operativa Complessa “**Servizio Ispettivo**”.

3.2 Sottosezione programmazione: organizzazione del lavoro agile

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i contratti, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo dei modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro).

Premessa

Il presente documento intende fornire delle linee di indirizzo per favorire la transizione delle modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "Decreto Rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, focalizzando l'attenzione sull'organizzazione aziendale del lavoro agile e sugli indicatori di performance, funzionali a un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile.

L'approccio è quello di un'applicazione progressiva e graduale con un programma di sviluppo triennale.

Per la piena realizzazione delle modalità di lavoro agile, occorre instaurare collaborazione tra l'amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale collaborazione si basa sui seguenti principi:

- a. flessibilità dei modelli organizzativi;
- b. autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- c. responsabilizzazione sui risultati;
- d. benessere del lavoratore;
- e. utilità per l'amministrazione;
- f. tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- g. cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- h. organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- i. equilibrio in una logica *win-win*: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Visto le caratteristiche particolari di questa Amministrazione, Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione, quanto riportato nel prosieguo del documento si applica, laddove possibile, ai dipendenti dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico.

3.2.1 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

A seguito del manifestarsi, a partire dai primi mesi del 2020, dell'emergenza sanitaria l'AORN A. Cardarelli ha sin da subito dato disposizioni al proprio personale al fine di organizzare, compatibilmente con le esigenze aziendali, modalità di lavoro agile per i lavoratori che ne avessero fatto richiesta. Con nota prot. n. 1609 del 18/03/2020 "Misure di contrasto alla diffusione del contagio dal virus Covid-19 – accesso alla modalità di lavoro agile", al fine di garantire la massima tutela nei confronti dei lavoratori, si è disposto che ciascun Direttore/Responsabile di U.O. amministrativa, tecnica e professionale organizzi le attività lavorative all'interno della rispettiva struttura, favorendo, ove possibile, forme di lavoro agile.

In seguito venivano dettate misure per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, e precisamente:

- congedi ordinari;
- permessi retribuiti ex art.42 d.lgs. 151/01;
- permessi ex art. 33 legge n. 104/92;
- congedo parentale;
- assenza per emergenza;
- quarantena;
- lavoro agile.

3.2.1.1 Modalità attuative

L'azienda ha disposto che:

- i dipendenti appartenenti al ruolo Amministrativo, Tecnico e Professionale possono richiedere, secondo le modalità definite dalla Direzione Strategica, al Direttore e/o Dirigente Responsabile dell'Unità operativa di appartenenza di essere autorizzati a svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità di "lavoro agile";
- il Direttore UOC, presso cui è incardinato il dipendente che richiede l'autorizzazione al "lavoro agile", individua le attività compatibili con l'esecuzione del rapporto di lavoro in modalità "agile".

A tal proposito, pare opportuno rilevare che si considerano tali quelle attività che non necessitano per il loro espletamento della presenza fisica in ufficio e siano, dunque, almeno in parte delocalizzabili, senza

recare disagio alla funzionalità, efficienza e trasparenza della struttura organizzativa, quindi con la presenza di un nucleo operativo sufficiente ad impedire rallentamenti delle procedure e disservizi.

Il direttore della U.O.C. provvede alla pianificazione delle attività da delocalizzare assegnando obiettivi al personale individuato che potrà accedere alla modalità del lavoro agile, dovrà monitorare le attività affidate e verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai dipendenti.

I direttori, qualora valutassero l'opportunità di accedere a tale modalità di lavoro, dovranno comunque garantire una piena operatività e disponibilità e, laddove necessario, la presenza in servizio.

Il dipendente dovrà presentare al proprio direttore un'istanza con la quale chiede l'autorizzazione al lavoro agile, contenente i seguenti dati:

- utenza telefonica fissa o mobile con dichiarazione di reperibilità nell'ambito dell'orario di lavoro istituzionale;
- dichiarazione circa la disponibilità dei propri dispositivi e strumenti tecnologici utilizzabili, garantendo adeguati livelli di sicurezza e protezione di rete; qualora l'attività da svolgere presso il proprio domicilio richieda l'accesso ad applicazioni telematiche aziendali, il direttore U.O.C. di appartenenza del dipendente autorizzato provvederà ad inoltrare apposita richiesta di abilitazione al direttore UOC G.S.I., il quale dovrà verificare la fattibilità, garantendo la sicurezza della connessione senza che possano derivare pregiudizi alle anche dati aziendali, nel rispetto della normativa della privacy.

Qualora il dipendente autorizzato dovesse, per motivi eccezionali, allontanarsi dal proprio domicilio dovrà immediatamente comunicare al proprio servizio l'interruzione della prestazione e recuperare l'orario.

Sono a carico del dipendente le spese riguardanti i consumi elettrici, di connessione alla rete Internet e le comunicazioni telefoniche necessarie all'espletamento delle proprie attività professionali.

Il dipendente che è stato autorizzato al lavoro agile è tenuto al rispetto di quanto previsto nella delibera n.920/2019 che ha disciplinato il trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/79, incaricando tutti i dipendenti al corretto trattamento dei dati. Il dipendente che è stato autorizzato al "lavoro agile" è tenuto, altresì, anche se presso il proprio domicilio, a rispettare il regolamento aziendale vigente per l'utilizzo delle risorse informatiche.

Infine, si richiamano gli obblighi sanciti per i dipendenti pubblici inerenti l'osservanza di quanto previsto dal regolamento aziendale delibera n.496/2014 emanato in attuazione del codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n.62/2013.

I direttori, ove valutassero concedibile l'accesso alla modalità di "lavoro agile", dovranno favorire il personale appartenente alle seguenti categorie nel rispetto dell'ordine di priorità:

- affetti da gravi e comprovate patologie per le quali residui una ridotta capacità lavorativa, o immunodepressi o trapiantati;
- lavoratori con figli affetti da disabilità ai sensi dell'art.3 legge 104/92;

- dipendenti che devono attendere alla cura dei figli minori, non risultando altro familiare convivente che possa provvedere all'assistenza;
- dipendenti che devono attendere alla cura di parenti conviventi affetti da gravi patologie in assenza di altro familiare convivente che possa attendere alla cura degli stessi.

L'Azienda non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti contrari al corretto e diligente svolgimento della prestazione lavorativa e per esigenze di servizio, può revocare in qualsiasi momento l'autorizzazione concessa al lavoro agile. In tale ultimo caso, il lavoratore dovrà riprendere la prestazione lavorativa presso la sede dell'Azienda dal giorno successivo alla ricezione della comunicazione di revoca.

Procedura e svolgimento della prestazione

I dipendenti che intendono richiedere l'accesso al lavoro agile dovranno:

- presentare apposita domanda al direttore della struttura di appartenenza, che la valuterà sulla base delle specifiche esigenze aziendali e del personale;
- assicurare, prima di procedere con l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, la disponibilità e il corretto funzionamento degli strumenti informatici in propria dotazione necessari allo svolgimento dell'attività;
- espletare l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione informatica di proprietà e collegarsi alla rete aziendale attraverso le tecnologie ritenute opportune e congrue dalla UOC GSI;
- possedere un computer con sistema operativo aggiornato, un antivirus aggiornato e creare un account specifico per l'uso nei momenti di lavoro se il computer è usato anche da familiari o conviventi, nel caso contrario devono garantire l'accesso riservato, non devono salvare password per accedere agli applicativi di lavoro e devono proteggere il computer utilizzato e autorizzato con password di sicurezza (almeno 8 caratteri e presenza di maiuscole e segni punteggiativi);
- garantire, al fine di garantire una efficace ed efficiente interazione e un completo svolgimento dell'attività lavorativa, il collegamento telefonico e via mail nella fascia oraria lavorativa prescelta; durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere con immediatezza.

Il direttore della UOC GSI deve fornire gli strumenti per l'accesso in sicurezza alla rete aziendale; per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una VPN con credenziali rilasciate dalla UOC GSI, che consentirà l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari alla prestazione lavorativa.

Se il dipendente ha un cellulare di servizio è possibile inoltrare le chiamate dall'interno telefonico del proprio ufficio sul cellulare di lavoro; in alternativa si può chiedere la disponibilità del dipendente a far inoltrare le chiamate sul proprio telefono personale, fermo restando che deve essere sempre possibile poter raggiungere il dipendente (resta inteso che l'autorizzazione definitiva sarà rilasciata previa verifica tecnica

della raggiungibilità della sede di lavoro agile da parte della rete aziendale e la compatibilità delle dotazioni informatiche in possesso del dipendente).

L'attività di lavoro agile sarà monitorata dal Direttore della struttura di appartenenza, secondo le modalità che ritiene più opportune (ad es. mail con comunicazione dell'avvenuta attività, report di monitoraggio, verifica sugli applicativi aziendali, ecc.)

La modalità di lavoro agile, sulla base di motivate esigenze organizzative, può essere svolta anche in giornate alternate ovvero con possibilità di accesso agli uffici al fine di reperire documentazione necessaria allo svolgimento di attività in smart working

3.2.2.1 Piano individuale di lavoro agile - Lettera di nomina quale persona autorizzata al trattamento dati

Di seguito viene riportato il Piano di lavoro individuale che il Direttore dell'UOC concorda con il dipendente della stessa UOC:

Piano individuale di lavoro agile, di cui all'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, Decreto Legge 24 dicembre 2021 "Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19", Circolare Ministero Pubblica Amministrazione e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 5 gennaio 2022 avente oggetto: "Lavoro agile".

Il Direttore dell'UOCconcorda con il dipendente della UOC Sig./Sig.ra..... il seguente Piano di lavoro individuale, di cui all'oggetto:

a) il settore di attività è quello connesso a della UOC.....;

b) il dipendente dichiara di disporre di PC, con scheda video e audio, webcam, rete internet (a banda larga), se necessari allo svolgimento delle proprie attività, stampante e scanner;

c) il dipendente lavorerà presso il proprio domicilio, via Prov., per un tempo pari al debito orario giornaliero articolato su 5 giorni settimanali;

d) pertanto in assenza di possibilità di controllo orario il Direttore dell'UOC assegnerà un carico di lavoro pari al debito orario giornaliero, all'interno del quale deve essere compresa anche l'attività di teleconferenza.

e) il dipendente si collegherà in teleconferenza con il Direttore della struttura per la normale attività di servizio e con gli altri dipendenti della struttura e potrà usare il collegamento remoto del suo PC;

f) il Direttore dell'UOC monitorerà per via telematica l'andamento del lavoro del dipendente;

g) i risultati attesi sono la realizzazione di tutte le attività normali dell'Ufficio in remoto con i dipendenti al loro domicilio;

h) in caso di necessità il Direttore dell'UOC potrà richiamare in servizio attivo in sede il dipendente;

i) il dipendente assicurerà la reperibilità telefonica nell'orariofatto salvo il periodo.....;

j) la fascia oraria della prestazione lavorativa è, fatto salvo il periodo

k) tale attività è svolta ai sensi dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;

l) il dipendente, nel sottoscrivere il piano individuale assegnatogli, si impegna formalmente:

- ad eseguire la prestazione lavorativa in modalità smart working, nel pieno rispetto dei vigenti obblighi di riservatezza e di protezione dei dati personali;
- rispettare le norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro e sull'utilizzo delle strumentazioni tecniche, nonché le specifiche norme sulla salute e sicurezza nel lavoro agile di cui all'articolo 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81;
- a rispettare la vigente normativa in materia di sicurezza dei dati;

m) nelle ipotesi in cui il lavoratore debba eccezionalmente, per motivate e documentate esigenze personali o familiari, allontanarsi durante le fasce di reperibilità, dovrà immediatamente comunicare al proprio Direttore tale interruzione della prestazione lavorativa svolta in modalità smart working e sarà recuperato successivamente il corrispondente carico di lavoro.

n) L'accesso al lavoro in modalità agile non varia in alcun modo la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato, né modifica il potere direttivo, di controllo e disciplinare del datore di lavoro e del Direttore dell'UOC a cui è assegnato.

La prestazione lavorativa resa in modalità agile è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le Strutture dell'Azienda.

Il Dipendente

Il Direttore

Allegato A

Lettera di incarico

Oggetto: Lettera di nomina quale persona autorizzata al trattamento dati

Il sottoscritto _____, Delegato di funzione ai sensi della delibera 920 dell'08/11/2019 dei dati dell'AORN A. Cardarelli, via A. Cardarelli, 9 – 80131 Napoli

conferisce

al Sig./ Sig.ra _____,

l'incarico di compiere le operazioni di trattamento di seguito elencate, con l'avvertimento che dovrà operare osservando le direttive del *Titolare del Trattamento*

A tal fine, vengono fornite informazioni ed istruzioni per l'assolvimento del compito assegnato:

- il trattamento dei dati deve essere effettuato in modo lecito e corretto;
- i dati personali devono essere raccolti e registrati unicamente per finalità inerenti l'attività svolta e secondo le mansioni relative al proprio ruolo e/o incarico;
- è necessaria la verifica costante dei dati ed il loro aggiornamento;
- è necessaria la verifica costante della completezza e pertinenza dei dati trattati;
- devono essere rispettate le misure di sicurezza predisposte dal *titolare/responsabile*.

In ogni operazione del trattamento deve essere garantita la massima riservatezza ed in particolare:

- divieto di comunicazione e/o diffusione dei dati senza la preventiva autorizzazione del *titolare/responsabile*;
- l'accesso ai dati dovrà essere limitato all'espletamento delle proprie mansioni ed esclusivamente negli orari di lavoro;
- in caso di interruzione, anche temporanea, del lavoro verificare che i dati trattati non siano accessibili a terzi non autorizzati;
- svolgere le attività previste dai trattamenti secondo le direttive del Titolare del trattamento dei dati; non modificare i trattamenti esistenti o introdurre nuovi trattamenti senza l'esplicita autorizzazione del Titolare del trattamento dei dati;
- rispettare e far rispettare le norme di sicurezza per la protezione dei dati personali;
- informare il responsabile in caso di incidente di sicurezza che coinvolga dati particolari e non;
- raccogliere, registrare e conservare i dati presenti negli atti e documenti contenuti nei fascicoli di studio e nei supporti informatici avendo cura che l'accesso ad essi sia possibile solo ai soggetti autorizzati;
- eseguire qualsiasi altra operazione di trattamento nei limiti delle proprie mansioni e nel rispetto delle norme di legge;
- qualsiasi altra informazione può essere fornita dal Titolare che provvede anche alla formazione;

In caso di "Lavoro da casa" o "lavoro Agile" o altri tipi di gestioni lavorative che permettono l'utilizzo di banche

dati di proprietà dell'AORN Cardarelli, da remoto, attraverso reti privilegiate (VPN), il dipendente è tenuto a

- avere un pc con sistema operativo aggiornato
- avere un antivirus e verificare che sia aggiornato
- creare un account specifico per l'uso nei momenti di lavoro, se il pc è usato anche da familiari o conviventi
- utilizzare l'account specifico per le sole attività lavorative
- non memorizzare sul pc personale password per accedere agli applicativi di lavoro
- proteggere il pc utilizzato ed autorizzato, con PW di sicurezza (almeno 8 caratteri e presenza di maiuscole e segni punteggiativi)
- non far accedere estranei sul proprio account. Se il dipendente non ha possibilità di creare un account RISERVATO e PROTETTO sul proprio PC, allora deve garantire che l'accesso al PC sia riservato solo ad esso.

Gli obblighi relativi alla riservatezza, alla comunicazione ed alla diffusione dovranno essere osservati anche in seguito a modifica dell'incarico e/o cessazione del rapporto di lavoro.

Per conoscenza ed accettazione

Dipendente autorizzato al trattamento dati

Il delegato di Funzione dei dati

3.2.3 Percorsi Formativi

Le nuove forme che il lavoro sta assumendo spingono sempre di più a rivedere la normale organizzazione del lavoro e dei tempi ad esso dedicati.

L'introduzione dello smart working è quindi una buona prassi, un'azione migliorativa per intervenire e ridurre il rischio di stress lavoro-correlato e di conseguenza migliorare l'organizzazione aziendale, ottenere un maggior coinvolgimento della persona e un rendimento maggiore. Affinché tale novità sia efficace e ottenga risultati, occorre che sia preceduto da una buona comunicazione e da opportune attività formative, che favoriscano una regolare attività di smart working.

In tal senso sarà cura dell'Azienda organizzare specifici corsi di formazione, sia per il personale di comparto che per la dirigenza, al fine di coinvolgere il maggior numero di dipendenti in questa nuova modalità di lavoro e accompagnarli in questo nuovo processo di cambiamento delle abitudini lavorative.

Alcuni dei possibili argomenti dei percorsi formativi sia per i dirigenti che per il personale di comparto, da valutare di volta in volta a seconda delle esigenze aziendali, sono riportati di seguito.

3.2.4 Soggetti Del Lavoro Agile

Di seguito vengono brevemente descritti i soggetti coinvolti e il loro ruolo nelle diverse fasi del processo.

Dirigenti

Direttore della struttura di riferimento: il direttore/dirigente dell'ufficio a cui afferisce il dipendente che richiede l'attivazione del lavoro agile, deve operare una attenta valutazione sulle prestazioni lavorative in forma agile, motivare la scelta autorizzativa e monitorare/verificare l'attività svolta in smart working.

Direttore U.O.C. GSI: fornisce al lavoratore gli strumenti per l'accesso in sicurezza alla rete aziendale.

Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane: provvede alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working e procede al monitoraggio informandone la Direzione Strategica.

Personale Dipendente

Presenta apposita domanda al direttore della struttura di appartenenza e prima di procedere con l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, deve assicurare la disponibilità e il corretto funzionamento degli strumenti informatici in propria dotazione necessari allo svolgimento dell'attività.

Comitato Unico Di Garanzia (CUG)

Sulla base di quanto previsto dalla Direttiva n. 2/2019, occorre valorizzare il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile al fine di favorire e promuovere politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Organismo Indipendente Di Valutazione (OIV)

Così come per quanto definito nel Piano della performance, anche per quanto riguarda il POLA, il ruolo dell'OIV è fondamentale non solo ai fini della valutazione della performance organizzativa, ma anche per la verifica degli indicatori e per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.

Responsabile Della Transizione Al Digitale (Rtd)

È a conoscenza degli sviluppi digitali dell'amministrazione e può intervenire sulle attività "smartabili", sui processi formativi di apprendimento dei nuovi strumenti digitali e sull'ammodernamento dei servizi digitali offerti ai dipendenti. Definisce un modello di maturità ("maturity model") delle amministrazioni che individui i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari.

3.2.5 Strumenti e Programma di sviluppo del lavoro agile

Relativamente agli strumenti necessari per l'espletamento dell'attività lavorativa in modalità agile/smart working, il dipendente deve assicurare di possedere gli strumenti informatici necessari per svolgere l'attività anche al di fuori della normale sede lavorativa, mentre l'Azienda deve rendere disponibile anche da remoto la possibilità collegarsi alla rete aziendale così da garantire al dipendente la possibilità di usufruire, ove possibile, dei sistemi informativi che normalmente potrebbe utilizzare in ufficio. Inoltre devono essere garantiti sistemi di rilevazione della presenza da remoto, così da verificare l'effettiva presenza in servizio del dipendente.

La messa a regime delle nuove modalità di lavoro agile può avvenire gradualmente nel corso del prossimo triennio, sulla base della programmazione aziendale. Viene sviluppato un apposito sistema di indicatori, sulla base di quanto proposto dalle linee guida nazionali, al fine di misurare lo stato di avanzamento, lungo tre diverse fasi: avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato. Nell'arco di un triennio, l'amministrazione deve giungere ad una fase di sviluppo avanzato in cui devono essere monitorate tutte le dimensioni indicate.

A consuntivo, dopo ogni fase, l'amministrazione dovrà verificare il livello raggiunto. I risultati misurati, rendicontati in apposita sezione del Piano della Performance, rappresenteranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

Gli indicatori di efficacia ed efficienza devono essere misurati dai sistemi di controllo di gestione. Laddove i sistemi non siano ancora a un livello di maturità da consentire tali rilevazioni, è compito del dirigente responsabile della struttura in cui opera il dipendente che ha usufruito del lavoro agile, reperire le informazioni resi disponibili dai diversi sistemi informativi in uso per la gestione delle attività lavorative, al fine di monitorare e verificare le attività svolte dal dipendente e comunicare i valori, comprese quelle in lavoro agile. Il dirigente o funzionario responsabile deve, inoltre, verificare la qualità del lavoro realizzato. Si riporta di seguito il sistema di indicatori, da implementare lungo le tre fasi, che sarà utilizzato per misurare il livello raggiunto, così come previsto dalle "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance (Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77).

Le "x" nelle caselle indicano l'anno a partire dal quale inizierà il monitoraggio dell'indicatore.

Obiettivi	n	Indicatori	Fase di Avvio 2022	Fase di sviluppo Intermedio 2023	Fase di sviluppo Avanzato 2024	Fase di sviluppo Avanzato 2025
Salute Organizzativa						
Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile	1	Presenza di un coordinamento organizzativo di lavoro agile	x			
	2	Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile		x		
	3	Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile	x			
	4	Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e/o per progetti processi		x		
Salute Professionale						
Verifica dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari	5	% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno			x	
	6	% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o progetti e/o per processi per coordinare il personale			x	
	7	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno			x	
	8	% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi			x	
Verifica dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari	9	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno			x	
	10	% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione			x	

		Salute Economico-finanziaria							
Verifica delle spese sostenute per potenziare il lavoro agile in Azienda	11	€ Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile					x		
	12	€ investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile			x				
	13	€ investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi			x				
Obiettivi	n	Indicatori	Fase di Avvio 2022	Fase di sviluppo Intermedio 2023	Fase di sviluppo Avanzato 2024	Fase di sviluppo Avanzato 2025			
		Salute Digitale							
Garantire l'espletamento del lavoro agile tramite l'utilizzo degli strumenti informativi aziendali	14	N. PC per lavoro agile		x					
	15	% lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati		x					
	16	Sistema VPN		x					
	17	Intranet		x					
	18	Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	x						
	19	% Applicativi consultabili in lavoro agile	x						
	20	% Banche dati consultabili in lavoro agile	x						
	21	% Firma digitale tra i lavori agili	x						
	22	% Processi digitalizzati			x				
	23	% Servizi digitalizzati			x				
		Indicatori quantitativi							
Misurare il livello di utilizzo del lavoro agile	24	% lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali		x					
	25	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali		x					
		Indicatori qualitativi							
Misurare il livello di soddisfazione del personale coinvolto	26	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età		x					
	26.a	% dirigenti/ posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori		x					
	26.b	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti		x					
	26.c	% donne soddisfatte		x					
	26.d	% uomini soddisfatti		x					
	26.e	% dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti		x					
	26.f	% dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti		x					
		Economicità							
Ridurre i costi aziendali per utenze, stampe, ecc.	27	Riflesso economico - riduzione dei costi				x			
Ridurre i costi aziendali per utenze, stampe, ecc.	27.a	€ Costo per utenze elettricità				x			
	27.b	€ Costo per utenze telefonia				x			
	27.c	€ Costo per materiali di cancelleria				x			
	28	Riflesso patrimoniale - Valore economico degli ammortamenti					x		
		Efficienza							
Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile	29	Efficienza produttiva					x		

Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile	29.a	Diminuzione delle assenze				x
	29.b	Aumento della produttività: n. pratiche lavorate in Smart Working/totale delle pratiche lavorate			x	
	30	Efficienza Economica - vedi indicatore n. 27			x	
	31	Efficienza Temporale - Riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche ordinarie			x	
Obiettivi	n	Indicatori	Fase di Avvio 2022	Fase di sviluppo Intermedio 2023	Fase di sviluppo Avanzato 2024	Fase di sviluppo Avanzato 2025
		Efficacia				
Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile	32	efficacia quantitativa				x
	32.a	n.gg. In smart working/n. gg. lavorative totali			x	
	32.b	n. ore in smart working/ n. ore lavorative totali			x	
	33	efficacia qualitativa				x
	33.a	% di dirigenti soddisfatti delle attività svolte dai propri dipendenti in lavoro agile			x	
	33.b	% di pratiche svolte in modalità di lavoro agile che rispettano standard aziendali			x	

3.3 Sottosezione di programmazione: Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Con deliberazione n. 599 del 19.06.2020 ad oggetto “Adozione procedura amministrativo-contabile per adeguamento alle disposizioni dettate dal DCA 27 del 05.03.2019: Procedura PE1 Gestione del personale”, è stata disciplinata la procedura amministrativo-contabile dell’Azienda volta a comprendere:

- il fabbisogno delle unità lavorative, distinte secondo ruoli e profili professionali, allocate in base alle strutture operative previste dall’Atto Aziendale;
- le forme giuridiche previste dalla normativa vigente e dai contratti collettivi di riferimento, attraverso le seguenti fasi:
 - reclutamento delle figure professionali;
 - sottoscrizione del contratto;
 - adempimenti successivi alla sottoscrizione del contratto;
- l’intero procedimento di rilevazione delle presenze/assenze nel sistema, attraverso le seguenti fasi:
 - rilevazione delle presenze;
 - generazione e trasmissione dei cartellini orario del personale dipendente;
- l’intero procedimento di pagamento del personale, attraverso le seguenti fasi:
 - elaborazione delle retribuzioni mensili;
 - elaborazione dei cedolini e completamento degli adempimenti previdenziali e fiscali.

3.3.1 Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (P.T.F.P.)

Il piano triennale dei fabbisogni del personale (P.T.F.T.) 2021-2023, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 697 del 24.06.2022 ad oggetto “**Adozione, in via definitiva, del Piano Triennale del Personale (PTFT) –Triennio 2021-2023 ai sensi del D.lgs. n. 75/2017 ed del D.P.C.M. 08/05/2018**” è stato predisposto in conformità con l’art. 6 D.lgs. n. 165/2001 e con la DGRC n. 593 del 22.12.2020 contenente il disciplinare tecnico della metodologia di 91 determinazione del fabbisogno di personale del SSR oltreché nel rispetto dei vincoli di spesa imposti dalla Legge n. 191/2009, anche alla luce del contenimento del costo del biennio 2022-2023.

AO CARDARELLI	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2020	STANDARD AZIENDA	FABBISOGNO AZIENDA 2021/2023	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2021	PTFP 2022	PTFP 2023
RUOLO SANITARIO	2.552	3.121	569	359	235	100	24
Dirigenti Medici	744	1.073	329	171	103	58	10
Dirigenti Sanitari	33	96	63	11	6	3	2
Personale del comparto area sanitaria	1.775	1.952	177	177	126	39	12
RUOLO TECNICO	421	771	350	180	76	104	-
Dirigenti	-	7	7	1	-	1	-
Personale del comparto area tecnica	421	764	343	179	76	103	-
RUOLO PROFESSIONALE	15	15	-	-	-	-	-
Dirigenti	10	10	-	-	-	-	-
Personale del comparto area professionale	5	5	-	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	271	316	45	38	11	22	5
Dirigenti	10	19	9	3	1	2	-
Personale del comparto area amministrativo	261	297	36	35	10	20	5
TOTALE	3.259	4.223	964	577	322	226	29

3.3.2 Formazione del personale

Per L'A.O.R.N. Cardarelli, nel quadro dei processi di riforma e modernizzazione della P.A., la formazione del personale svolge un ruolo primario nelle strategie di cambiamento dirette a conseguire una maggiore qualità ed efficacia delle attività delle Aziende ed Enti, secondo cui tutti gli operatori del S.S.N. hanno il diritto-dovere a partecipare ai programmi di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), giusta quanto stabilito dal Decreto Legislativo n. 502/92 e ss.mm.ii.

Precisamente all'art. 16bis del suddetto decreto si stabilisce che la formazione continua dell'operatore sanitario è considerato quale elemento fondamentale di 'arricchimento della professionalità, mediante l'aggiornamento delle conoscenze teoriche, delle abilità tecniche e manuali e delle capacità comunicative e relazionali, nonché leva strategica per l'evoluzione professionale, lo sviluppo ed il miglioramento delle competenze dei dipendenti e per la realizzazione degli obiettivi programmati.

3.3.2.1 Il Piano Formativo Aziendale anno (P.F.A.)

Il Piano Formativo Aziendale (P.F.A.) per l'anno 2023 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 241 del 28/03/2023, allegato n. 3 del presente atto, prevede 5 fasi di progettazione ed approvazione:

1. **analisi dei fabbisogni formativi e raccolta dati (macro progettazione):** l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale raccoglie dati in relazione allo sviluppo di attività formative proposte dai Capi Dipartimento;
2. **valutazione del Piano Annuale della Formazione:** una volta raccolte tutte le proposte di Macro progettazione, l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale procede ad indire una riunione con il **Tavolo Tecnico e con il Comitato Tecnico Scientifico** come previsto dal Regolamento Aziendale della Formazione vigente, al fine di valutare la congruità delle proposte in piano. In tale fase è previsto lo svolgimento dell'Analisi di Fattibilità relativa al Budget messo a disposizione.

Le iniziative formative che hanno superato il vaglio del Tavolo e del Comitato, vengono inserite nel Piano Annuale della Formazione che viene sottoposto alla valutazione della Direzione Strategica che definisce il Piano;

3. **la micro progettazione:** di concerto con i responsabili scientifici dei progetti approvati della Direzione Strategica ed inseriti in piattaforma AGENAS, la U.O.C. Formazione Ricerca e Cooperazione Internazionale definisce la Micro progettazione. Quest'ultima concerne, in linea con gli obiettivi di ogni singolo evento, la stesura di un programma dettagliato, la scelta della tipologia di erogazione del corso (FAD, RES, FSC), la definizione della *faculty*, l'individuazione del mese,

giorno e orario del corso, la scelta dell'aula, il numero di partecipanti e i loro profili professionali, il costo della quota di iscrizione se aperto agli esterni, ed ogni altra specifica articolazione dell'evento;

4. **monitoraggio della formazione erogata secondo il piano:** durante l'anno, l'U.O.C Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale organizza una riunione con il Comitato Tecnico - Scientifico per verificare che i corsi erogati fino a quel momento siano in linea con il PFA approvato. I risultati attesi, secondo anche le normative vigenti della piattaforma regionale AGENAS, prevedono che vengano svolti almeno il 50% dei corsi proposti in piano;
5. **report conclusivo:** entro 90 giorni dalla data di fine di ogni corso, l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale stila un report finale del corso, che viene caricato sulla piattaforma AGENAS. Alla fine dell'anno, sulla stessa piattaforma regionale viene caricato, con i dati raccolti per ogni corso, il report finale di tutta la formazione annuale. Coi medesimi dati, viene redatto un Report Annuale da consegnare al Tavolo Tecnico, al Comitato Tecnico - Scientifico ed alla Direzione Strategica per mostrare i **dati conclusivi dell'anno formativo**, e per stabilire, per il successivo anno, parte del fabbisogno formativo derivato dai possibili “gap” riscontrati durante l'anno corrente.

Alla luce di quanto sopra esposto, la proposta di piano formativo per l'anno 2023, sulla base anche del numero dei corsi erogati nell'anno 2022, prevede n. **133** corsi così ripartiti:

Dipartimenti	N. Corsi
Dipartimento Onco-Ematologico	6
Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico	19
Dipartimento Trapianti	12
Dipartimento Medico Polispecialistico	12
Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche e dei servizi sanitari	16
Dipartimento Emergenza Accettazione	12
Direzione Amministrativa	34
Dipartimento dei Servizi Strategici di Area Medica	22

FASI DI PROGETTAZIONE ED APPROVAZIONE DEL PFA 2023

1

Analisi dei fabbisogni formativi e raccolta dati

L'U.O.C. **Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale** invia a tutti i Capi Dipartimento e alla Direzione Amministrativa una nota in cui invita gli stessi a raccogliere le linee di sviluppo delle attività formative per l'anno **2023**, attraverso la compilazione dei moduli di **Macroprogettazione**.

Timing: Entro il 15 Dicembre 2022.

2

Valutazione del Piano Annuale della Formazione

Una volta raccolte tutte le proposte di **Macroprogettazione**, l'U.O.C. **Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale** procede ad indire una riunione con il **Tavolo Tecnico** e con il **Comitato Tecnico - Scientifico**, come previsto dal Regolamento Aziendale della Formazione vigente, al fine di valutare la congruità delle proposte in piano. In tale fase è previsto lo svolgimento dell'**Analisi di Fattibilità** relativa al Budget messo a disposizione.

Le iniziative formative che hanno superato il vaglio del Tavolo e del Comitato, vengono inserite nel **Piano Annuale della Formazione** che viene sottoposto alla valutazione della **Direzione Strategica**, che definisce il Piano (comprensivo anche dei corsi obbligatori), da inserire sulla piattaforma AGENAS.

Timing: L'U.O.C. ha l'obbligo di inserimento del piano approvato sulla piattaforma regionale AGENAS entro il 28 Febbraio 2023

3

La Microprogettazione

Di concerto con il/i Responsabili Scientifici dei progetti approvati della **Direzione Strategica** ed inseriti in piattaforma AGENAS, la U.O.C. **Formazione Ricerca e Cooperazione Internazionale** definisce la '**Microprogettazione**'.

La **Microprogettazione** concerne, in linea con gli obiettivi di ogni singolo evento, la stesura di un programma dettagliato, la scelta della tipologia di erogazione del corso (FAD, RES, FSC), la definizione della faculty, l'individuazione del mese, giorno e orario del corso, la scelta dell'aula, il numero di partecipanti e i loro profili professionali, il costo della quota di iscrizione se aperto agli esterni, ed ogni altra specifica articolazione dell'evento.

5

Report conclusivo

Entro 90 giorni dalla data di fine di ogni corso, l'U.O.C. **Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale** stila un report finale del corso, che viene caricato sulla piattaforma AGENAS. Alla fine dell'anno, sulla stessa piattaforma regionale viene caricato, con i dati raccolti per ogni corso, il report finale di tutta la formazione annuale. Con i medesimi dati, viene redatto un Report Annuale da consegnare al **Tavolo Tecnico**, al **Comitato Tecnico - Scientifico** ed alla **Direzione Strategica** per mostrare i dati conclusivi dell'anno formativo, e per stabilire, per il successivo anno, parte del fabbisogno formativo derivato dai possibili "gap" riscontrati durante l'anno corrente.

Timing: Entro il 31 Dicembre del 2023.

4

Monitoraggio della formazione erogata secondo il piano

Durante l'anno, l'U.O.C. **Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale** organizza una riunione con il **Comitato Tecnico - Scientifico** per verificare che i corsi erogati fino a quel momento siano in linea con il PFA approvato. I risultati attesi, secondo anche le normative vigenti della piattaforma regionale AGENAS, prevedono che vengano svolti almeno il 50% dei corsi proposti in piano.

Timing: Entro il 30 Giugno 2022.

SEZIONE 4

Monitoraggio

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

L'Azienda avvia un monitoraggio in itinere, fondamentale ai fini del raggiungimento dei risultati programmati in quanto consente, in caso di criticità, l'adozione di azioni correttive.

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

Il monitoraggio delle sezioni Valore Pubblico e Performance avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10 comma 1, lettera b) del d.lgs. 150/2009, e nel Piano della Performance.

4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Il monitoraggio si effettua in conformità alle direttive dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e secondo quanto indicato nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.

4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato dall' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e secondo le specifiche contenute nel Piano della Performance compreso nel P.I.A.O.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Obblighi di Trasparenza

ALLEGATO 2: Mappatura dei rischi

ALLEGATO 3: Piano della formazione