



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

Deliberazione del Direttore Generale N. 85 del 31/01/2024

Proponente: Il Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: Direttiva del Direttore Generale 2024 - Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.) 2024/2026 – Adozione

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 31/01/2024 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Umberto Signoriello - UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Angela Anecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: Direttiva del Direttore Generale 2024 - Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.) 2024/2026 – Adozione

Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- che il Decreto Legge n. 80 del 9.6.2021, convertito con modificazione nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, al fine di " *assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso*" ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che va ad inglobare e, quindi, a sostituire una serie di documenti obbligatori per le pubbliche amministrazioni, come il Piano della Performance, il Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), il Piano Formativo, il Piano triennale del Fabbisogno del personale ed il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- che il D.P.R. 24 giugno 2022, n.81 ha previsto la soppressione degli adempimenti relativi ai documenti summenzionati e sostituiti dal PIAO;
- che il Decreto Ministeriale sottoscritto in data 30.06.2022 dal Ministro della Pubblica Amministrazione di concerto col Ministro dell'Economia e delle Finanze ha introdotto il regolamento che definisce i contenuti del PIAO col relativo *Piano tipo*;
- che tale Decreto, all'art.2, stabilisce la composizione del PIAO, prevedendo che dovrà essere articolato, oltre che nella scheda anagrafica dell'Ente, in tre sezioni: *a) Valore pubblico, Performance e Anticorruzione; b) Organizzazione e capitale umano; c) Monitoraggio*;
- che l'art. 7 del citato Decreto Ministeriale, tra l'altro, fissa al 31 gennaio di ciascun anno il termine per l'adozione del P.I.A.O.;

Dato atto

- che il vigente "Regolamento di Amministrazione e Contabilità" approvato da questa A.O.R.N. prevede che il direttore generale predisporre ogni anno un documento programmatico, denominato *Direttiva Annuale*;
- che è stata, pertanto, predisposta la Direttiva del Direttore Generale anno 2024;
- che la Direttiva è stata presentata al Collegio di direzione nella riunione del 23.1.2024 per condividerne gli indirizzi ed accogliere eventuali proposte;
- che la Direttiva costituisce, tra l'altro, il documento di riferimento per la redazione del PIAO;

Deliberazione del Direttore Generale

Rilevato

- che, con deliberazione n.630 del 4.8.2022, è stato costituito il *gruppo di lavoro per le attività necessarie all'elaborazione del P.I.A.O.*;
- che, con nota prot. n.29790 del 17.10.2022, è stato individuato quale referente aziendale delegato dall'AORN, ai sensi del disposto della Circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'ing. Umberto Signoriello, Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione;
- che, il predetto gruppo di lavoro, a seguito di diversi incontri tenutisi sull'argomento, tenuto conto anche dei contributi trasmessi da vari responsabili per la definizione delle parti di competenza, ha elaborato una proposta di P.I.A.O.;
- che la proposta di PIAO, per le parti interessate, è stata formulata in conformità agli indirizzi individuati dalla Direttiva del Direttore Generale anno 2024 che, allegata al piano, viene approvata con il presente provvedimento;
- che il Piano è stato, altresì, redatto nel rispetto del vigente Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- che il PIAO così strutturato è stato trasmesso alla direzione strategica aziendale per eventuali modifiche;
- che, l'OIV, più volte coinvolto nella fase di redazione del PIAO, con nota, acquisita al protocollo generale con n.3233 del 31.01.2024, ha comunicato la condivisione della versione definitiva del documento in precedenza trasmesso a mezzo email;

Tenuto conto

- che la misurazione e la valutazione delle Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché la crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi di risultato conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento;
- che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative, fino ai singoli dipendenti;
- che il rispetto dei principi in tema di misurazione, di valutazione e trasparenza della performance è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito e alla performance;
- che è, altresì, fondamentale per ogni pubblica amministrazione ottemperare a tutti gli obblighi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza;
- che è altrettanto fondamentale garantire a tutto il personale un'adeguata formazione programmando gli eventi formativi interni e facilitando la partecipazione;

Ritenuto

- di dover procedere all'adozione del P.I.A.O. 2024/2026 come allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale;
- di dover, altresì, evidenziare che il documento in adozione è rimodulabile in caso di variazioni dell'assetto organizzativo-funzionale, o in caso di assegnazione/individuazione di nuovi obiettivi da raggiungere, o in caso di intervenute esigenze che ne richiedano la modifica;

Deliberazione del Direttore Generale



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

Visti

- il D.L. n. 80 del 9.6.2021, convertito con modificazione nella Legge 6 agosto 2021, n. 113;
- la Legge n.190/2012 e ss.mm.ii. ed i successivi provvedimenti dell'ANAC in materia;
- il D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.;
- il D.P.R. 24 giugno 2022, n.81;
- il D.M. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica sottoscritto in data 30.06.2022 (G.U. Serie Generale n.209 del 07-09-2022);

Attestata la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

1. di adottare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024/2026, contenente la Direttiva del Direttore Generale 2024 che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori di Dipartimento per la diffusione alle relative UU.OO.;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
3. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, di provvedere, come per legge, alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il "Portale PIAO" del Dipartimento della Funzione Pubblica;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione, Ing. Umberto Signoriello;

Acquisiti

i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati:

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara _____

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Anecchiarico _____

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto di:

1. di adottare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024/2026, contenente la Direttiva del Direttore Generale 2024 che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori di Dipartimento per la diffusione alle relative UU.OO.;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
3. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, di provvedere, come per legge, alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il "Portale PIAO" del Dipartimento della Funzione Pubblica;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale



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

Direttore Generale: Gaetano GUBITOSA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2024-2026

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





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

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE 2024-2026

Sommario

PREMESSA	5
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	7
1.1 PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA	7
<i>Chi siamo</i>	7
<i>Cosa facciamo</i>	8
<i>L’amministrazione “in cifre”</i>	11
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	16
2.1 VALORE PUBBLICO	16
<i>Digitalizzazione</i>	23
<i>Accessibilità per disabili ed over 65</i>	30
<i>Interventi di edilizia sanitaria</i>	30
• Interventi finanziati con fondi PNRR/PNC	30
• Interventi finanziati con fondi DGRC 378/2020.....	31
• Adeguamento strutturale edifici	31
• Interventi art. 20 L. 67/88 III fase.....	31
• Interventi Accordo quadro.....	31
<i>Tutela dell’ambiente e green economy</i>	32
2.2 PERFORMANCE	33
<i>Albero della performance</i>	34
2.2.1 Analisi del contesto	35
<i>Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali</i>	36
<i>Analisi del contesto esterno</i>	36
<i>Analisi del contesto interno</i>	37
<i>I dati di attività degli anni precedenti</i>	38
<i>Le attività nell’ambito delle relazioni con il pubblico</i>	44
<i>Comunicazione – Ufficio stampa</i>	45
<i>Le prospettive per l’anno 2024</i>	47
2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	49
<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	51
<i>La valutazione della performance individuale</i>	52
2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI	55
<i>Obiettivi strategici assegnati all’Azienda</i>	55



<i>Obiettivi operativi</i>	56
2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE	59
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	62
2.3.1 L'iter di adozione.....	64
2.3.2 La governance del sistema della prevenzione della corruzione e della trasparenza	65
2.3.3 Valutazione del rischio	66
2.3.4 Il trattamento del rischio.....	68
2.3.5 Obbligatorietà delle misure	71
2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico	71
2.3.7 La trasparenza ex D.Lgs 33/2013 e D.Lgs. 97/2016.....	72
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	77
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	77
<i>Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane</i>	80
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	81
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	88
3.3.1 Piano Aziendale di Formazione.....	89
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	91
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	91
4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza	92
4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile	93
4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale	94
Allegati	

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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



SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

1.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

Chi siamo

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

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

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



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

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

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

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

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

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

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

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

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

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

Cosa facciamo

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

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

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

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", in applicazione dell'Atto aziendale recentemente approvato con Deliberazione di Giunta Regione Campania n. 654 del 16/11/2023 con deliberazione di presa d'atto di questa azienda n.1080 del 30/11/2023, che ha recepito le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018:

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

per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ex Seconda Università) che della Università "Federico II" di Napoli.

Vision

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

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

Principi Ispiratori

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

- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO.**
- **EGUAGLIANZA** dei diritti di accesso, assistenza e trattamento, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche.
- **IMPARZIALITÀ** degli operatori nell'erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti ispirati a criteri di obiettività ed equità.



- **CONTINUITÀ** dell'assistenza senza interruzioni nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi.
- **DIRITTO DI SCELTA** dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria e alberghiera dell'Azienda e sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato.
- **DIRITTO DI PARTECIPAZIONE** del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alla gestione della vita dell'Ospedale, nell'ottica di un dialogo costruttivo che, evidenziando le criticità, affinché siano rimosse, e le eccellenze, affinché siano potenziate, contribuisce al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza offerta.
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA** del servizio.

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

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

L'amministrazione "in cifre"

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

Il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.103 del 28.12.2018, "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018", attribuisce a questa Azienda n.613 posti letto, ai quali si sono aggiunti ulteriori 32 posti letto di terapia intensiva ai sensi del DGRC 378/2020, per un totale di 645 posti letto, attualmente non tutti disponibili a causa dei lavori di ristrutturazione ex L.67/88 art. 20 che stanno interessando alcune strutture.

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



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

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

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

L'azienda espleta le proprie attività all'interno di un unico presidio composto da 13 edifici contrassegnati ciascuno da una lettera diversa dell'alfabeto, impianto, come si vedrà in seguito, oggetto di importanti lavori di ristrutturazione che ne modificheranno, nel prossimo futuro, l'attuale assetto.

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



Risorse umane

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

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

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

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2023 è così riassunta:

PERSONALE	In servizio	Tempo determinato
Ruolo Sanitario	1328	29
Ruolo Socio-Sanitario	225	1
Ruolo Professionale	11	1
Ruolo Tecnico	66	0
Ruolo Amministrativo	106	0
Totale	1736	31
Totale DIRIGENZA MEDICA	380	17
Totale DIRIGENZA SANITARIA	29	0
Totale DIRIGENZA P.T.A.	19	1
Totale COMPARTO	1308	13

Risorse tecnologiche

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

In termini di grandi impianti, risultano installate:

- N. 3 TC (una 256 slices, una 320 slices, una 640 slices);
- N. 1 RMN 1.5 T;
- N. 4 Sistemi per angiografia (tre per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).
- N. 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

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



condivise a livello regionale, ha previsto interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali mediante l'approvvigionamento di n.2 Tomografi Computerizzati, n.1 Risonanza Magnetica, n.2 Angiografi, n.2 Ecotomografi multidisciplinari, n.1 Ortopantomografo, n.1 Telecomandato radiologico per esami da reparto, n.1 Telecomandato radiologico per esami da PS.

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

Risorse finanziarie

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

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

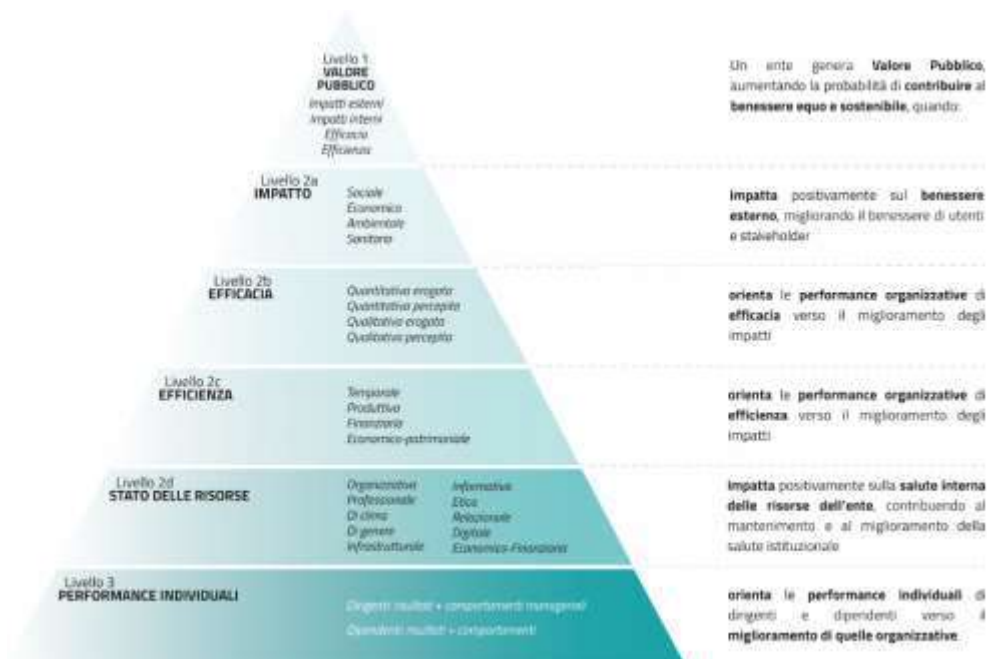
2.1 VALORE PUBBLICO

Obiettivi Generali

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

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

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



In generale, si può affermare che la creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale, nonché di benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

L'Azienda ha provveduto, tra l'altro, ad affidare alle strutture sanitarie competenti specifici obiettivi in grado di definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo.

Sul fronte della tutela delle diversità, l'Azienda ha programmato una serie di interventi mirati alla sensibilizzazione del personale e dell'utenza, anche attraverso la creazione di percorsi dedicati da individuare parallelamente a quelli ordinari. Inoltre, per dare attuazione a quanto programmato sull'argomento, sono stati predisposti anche alcuni percorsi formativi per la sensibilizzazione del personale dipendente. Per esempio, fa parte del piano formativo dell'anno 2024 il corso "Facciamo chiarezza sulle SDO: focus sugli indicatori per monitorare LEA ed equità in sanità".

L'azienda, inoltre, dal 2022 partecipa al Progetto "ENRICH Project: Enhancing the resilience of italian healthcare and hospital facilities" in convenzione con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II". Il progetto mira a migliorare la resilienza delle strutture sanitarie italiane rispetto all'adattabilità

funzionale e alle prestazioni sismiche, con riferimento sia alle strutture immobiliari e tecnologiche, che a quelle organizzative e di gestione delle risorse umane.

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

Il benessere del dipendente e l'ambiente di lavoro sono strettamente interconnessi e giocano un ruolo fondamentale nella produttività, nella soddisfazione professionale, nella salute complessiva dei lavoratori e nel confort, unitamente alla qualità dei servizi in generale, offerta agli utenti.

Partendo da questa considerazione negli ultimi mesi del 2023 i membri del CUG, interfacciandosi anche con i colleghi, sono stati invitati a valutare cosa nella loro quotidianità e nell'ambiente lavorativo potesse migliorare il loro benessere psico-fisico.

Si è riscontrata da parte dei membri del CUG una comune necessità di migliorare gli spazi lavorativi, sia dal punto di vista delle infrastrutture, sia perseguendo l'Umanizzazione degli spazi di cura.

Si è rilevato come tra fattori di stress e disagio degli operatori l'ambiente lavorativo, il microclima interno, i rumori e gli odori sgradevoli contribuiscano a suscitare reazioni emotive negative sia nei lavoratori che nei pazienti.

Dalle considerazioni dei membri del CUG è emerso che un ambiente di lavoro confortevole, sicuro e ben organizzato può contribuire a ridurre lo stress, prevenire infortuni e migliorare la concentrazione e l'efficienza.

L'Azienda Ospedaliera di Caserta infatti necessita di nuove proposte creative per superare il disegno originale degli anni 70 progettato in ottica puramente funzionale. Quest'impostazione poco attenta ai bisogni globali di utenti e lavoratori domina anche gli edifici nati più recentemente, dove l'elemento funzionale predomina: sono insufficienti gli ambienti dedicati al ristoro, alla comunicazione tra curante e curato, alla ricreazione, all'interazione, alla decompressione dello stress. L'orientamento alla funzionalità spinta ha ristretto e reso freddi gli ambienti rimanenti, destinati all'accoglienza, aumentando il senso della disconnessione già sperimentato dagli utenti per le loro problematiche. Il personale vive le criticità di questi ambienti con distacco e difficoltà come risulta da un'indagine realizzata tra e dai membri del Comitato Unico di Garanzia

L'umanizzazione degli spazi di cura anche con l'integrazione dell'arte negli ambienti di lavoro è un concetto che punterà a migliorare l'ambiente in cui vengono erogate le cure, rendendolo più accogliente, confortevole e rispettoso delle esigenze, sia dei pazienti, che del personale sanitario producendo effetti stabilizzanti dell'umore, aumentando la resilienza, migliorando il comfort psico-fisico e riducendo lo stress degli utenti e dei dipendenti.

Si è deciso di proporre come azione positiva del CUG per l'anno 2024 di costituire dei gruppi di lavoro, seguendo le indicazioni descritte nel testo del Ministero della Salute "L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida", ognuno dei quali proporrà la realizzazione di un progetto migliorativo del proprio ambiente di lavoro.

Il progetto mirerà all'umanizzazione dell'AORN di Caserta anche attraverso l'integrazione dell'arte nel disegno degli spazi ospedalieri con l'obiettivo di migliorare il comfort psico-fisico dell'utenza e degli stessi lavoratori ottimizzando i benefici dell'offerta sanitaria.

Infine, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nell'apposita sottosezione dedicata alla performance gli obiettivi assegnati dal PTPCT che costituiscono obiettivi per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2024 -2026, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici vengono stabiliti in base agli indirizzi fissati dalla direzione aziendale i quali, oltre a confermare gli obiettivi individuati dalle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (Mantenimento dell'equilibrio economico-Miglioramento della qualità dell'assistenza-Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure-Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali-Ammodernamento tecnologico ed edilizio-Arruolamento e formazione continua del personale), confermano, altresì, gli obiettivi di carattere generale assegnati al direttore generale contestualmente alla nomina effettuata con DGRC 465 del 27.7.2023 (tra gli altri: si conferma quello

del mantenimento dell'equilibrio economico; conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza; rispetto dei tempi di pagamento).

Oltre a quelli citati, i principali obiettivi fissati dalla direzione, meglio dettagliati nella Direttiva del Direttore Generale 2024, allegata al presente piano, consistono in:

- Interventi per l'attuazione del nuovo atto aziendale;
- Incremento degli interventi chirurgici di almeno il 10%
- Efficientamento del Pronto Soccorso
- Potenziamento delle attività onco ematologiche
- Adeguamento e potenziamento delle reti tempo-dipendenti (Rete IMA - Rete ICTUS)
- Potenziamento delle prestazioni di specialistica per l'abbattimento delle liste di attesa
- Raggiungimento target NSG H18C-Riduzione parti cesarei
- Iniziative per favorire donazioni di organi e tessuti
- Introduzione in azienda di tecnologie di alta fascia
- Ottimizzazione e potenziamento sale operatorie
- Potenziamento Area Servizi
- Implementare azioni di promozione dell'equità in Azienda

Gli indirizzi forniscono, poi, indicazioni anche per gli obiettivi in materia di miglioramento dei servizi verso l'utenza, miglioramento dell'integrazione Ospedale-Territorio, Nuovi Sistemi di Garanzia (NSG), flussi informativi, formazione ed aggiornamento tecnologico, edilizia sanitaria, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali, regionali e derivanti dalla direttiva, sono stati definiti gli obiettivi trasversali, riportati nell'apposita sezione del piano e saranno successivamente definiti e condivisi quelli organizzativi.

Programmazione finanziaria

Il Bilancio Preventivo 2024, è stato adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 960 del 19 ottobre 2023.

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

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

Sebbene il Piano di efficientamento risulti concluso, il bilancio economico previsionale per l'anno 2024 è stato redatto con l'intento di pianificare misure di contenimento dei costi e di miglioramento dell'efficienza in linea con gli obiettivi previsti dal Piano.

A) Valore della Produzione

Il valore della produzione previsto per il 2024, pari ad euro 190.125.637,25 è riferito alle voci sotto indicate:

1 - Contributi in c/esercizio	84.556.676,34
2 - Rettifica contributi c/esercizio per investimenti	-6.090.887,99
3 - Utilizzo f. di quote inutil. contrib. finalizz./vinc. es. prec.	7.066.275,20
4 - Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	97.824.662,45
5 - Concorsi, recuperi, rimborsi	840.662,96
6 - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.129.467,64
7 - Quota Contributi in C/Capitale imputata all'esercizio	4.645.168,19
8 - Incrementi delle Immobilizzazioni per Lavori Interni	0,00
9- Altri Ricavi e Proventi	153.612,46
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	190.125.637,25

La Programmazione dei ricavi si è articolata come segue:

- i contributi in c/esercizio, sulla base del riparto provvisorio per il 2023 del FSR deliberato dalla Regione Campania con DGRC n. 471 del 1° agosto 2023, assunto pari nella presente

programmazione, con l'eccezione dei contributi extra fondo da altri enti pubblici e dei contributi vincolati ex art. 40, c. 1, DL n. 50/2022 e ex art. 5, c.3, DL n. 144/2022, erogati nel quadro della gestione della pandemia Covid, pertanto non ordinari;

- i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, sulla base della proiezione all'anno dei dati reali di produzione ospedaliera, rilevati al 30.09.2023 per ricoveri e prestazioni ambulatoriali e al 31.08.2023 per le prestazioni di File F (rif. comunicazione Controllo di Gestione a mezzo mail del 09.10.2023; comunicazione UOC Farmacia a mezzo mail del 20.09.2023);
- i concorsi, recuperi e rimborsi sono stati valorizzati sulla base della proiezione a 12 mesi del CE II trimestre 2023. Il payback per la spesa farmaceutica, riconosciuto per l'esercizio 2022 con DGRC n. 471 del 1° agosto 2023, non è stato inserito tra i proventi in quanto rimborso straordinario;
- la compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) è stata parimenti determinata in riferimento al CE II trimestre 2023, con l'eccezione dei proventi per ticket per la specialistica ambulatoriale, che sono stati incrementati nella misura dell'aumento della produzione ospedaliera per la specialistica ambulatoriale (+30%);
- le voci di rettifica dei Contributi in c/esercizio sono state definite sulla base del Piano triennale degli Investimenti, di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 891 del 29.09.2023, e del Piano della Programmazione biennale per l'acquisto di beni e servizi per gli anni 2024-2025, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 881 del 29.09.2023, come modificata dalla Delibera n. 947 del 16/10/2023. Si è tenuto, inoltre, conto della nota della UOC Tecnologia Ospedaliera prot. n. 29103/i del 06.10.2023, per la parte relativa alle attrezzature sanitarie e non sanitarie;
- l'utilizzo dei Fondi Vincolati e Finalizzati è stato determinato sulla base delle attività che saranno implementate nel corso del 2024, in attuazione delle Linee Progettuali di cui ai Piani Operativi Regionali, che l'Azienda intende realizzare nel corso dell'Esercizio 2024;

- le altre Voci di ricavo sono state stimate sulla base della proiezione a 12 mesi del CE II trimestre 2023.

B) Costi della Produzione

I costi della produzione previsti per il 2024 ammontano ad Euro 183.724.117,25:

<i>Acquisti di beni</i>	46.660.316,29
<i>Acquisti di servizi</i>	22.626.826,52
<i>Manutenzione e riparazione</i>	4.942.176,18
<i>Godimento di beni di terzi</i>	1.687.008,16
<i>Costo del personale</i>	94.501.906,07
<i>Oneri diversi di gestione</i>	1.113.738,49
<i>Ammortamenti</i>	4.661.708,90
<i>Svalutazione dei crediti</i>	500.000,00
<i>Variazione delle rimanenze</i>	-2.706.501,08
<i>Accantonamenti dell'esercizio</i>	9.736.937,72
<i>COSTI DELLA PRODUZIONE</i>	183.724.117,25

La Programmazione dei costi ha tenuto conto dei fabbisogni trasmessi dalle singole UU.OO.CC.

Digitalizzazione

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

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

Integrazione Cup Regionale

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

Adesione a portale PagoPA

In linea con quanto richiesto dal DL76/2020 l'Azienda ha aderito al programma di pagamento Pago PA con integrazione con il sistema telematico di pagamento. L'integrazione all'interno del Portale Aziendale prevede:

Il richiamo dello specifico link al servizio di pagamento MyPay Regionale aderente al circuito PagoPA, per il pagamento delle seguenti prestazioni:

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

Integrazione con il Fasciolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (abbreviato "FSE"), la cui istituzione è prevista dalla Legge, è l'insieme dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario, generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

L'avvento della digitalizzazione ha infatti rivoluzionato il mondo dei servizi, contribuendo a sviluppare nuove modalità con cui le istituzioni possono rispondere efficacemente ai bisogni dei cittadini. Questo vale anche per l'ambito sanitario: a tale proposito, la Regione Campania, in collaborazione con le aziende sanitarie ed ospedaliere sta portando avanti la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ovvero lo strumento digitale nel quale in futuro tutti i dati relativi alla storia sanitaria di un paziente (ricette farmaceutiche e specialistiche, referti di

laboratorio, etc.) saranno raccolti, organizzati e resi accessibili allo stesso paziente e, solo per il tempo necessario e nel pieno rispetto della privacy, a chi lo prenderà in cura.

Di seguito sono elencati i principali documenti che sono stati completamente dematerializzati all'interno dei processi aziendali e confluiscono in maniera automatica nel Fascicolo Sanitario Elettronico:

1. Verbali di Pronto Soccorso
2. Lettere di Dimissione Ospedaliera
3. Referti di Anatomia Patologica
4. Referti di Laboratorio di Analisi
5. Referti di Radiologia
6. Referti di Specialistica Ambulatoriale

Inoltre saranno recepiti nella produzione dei sopraccitati documenti i nuovi standard XML/CDA2 che consentiranno un'indicizzazione ed estrazione di metadati utili a modelli previsionali e di indagine statistica.

Nuovo sistema informativo aziendale

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

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

Tra la fine del 2022 e gli inizi del 2023 è stato avviato il nuovo sistema informativo aziendale con l'obiettivo di cominciare a realizzare concretamente il modello di gestione precedentemente descritto. È in fase di completamento l'iter di aggiornamento dei rimanenti moduli applicativi che consentirà di usare appieno tutte le funzionalità del nuovo sistema

Firma Digitale Remota

Nel corso degli anni 2022 e 2023, tutto il personale medico ed amministrativo interessato è stato dotato di firma digitale remota al fine di portare l'azienda al passo con la dematerializzazione del patrimonio documentale aziendale.

Nuova Architettura Hardware

Con l'adozione del nuovo sistema informatico l'azienda ha adottato, nel corso del 2023 una nuova architettura Hardware, che recepisce sia i feed-back di recenti progetti di migrazione al Cloud da parte di Azienda Sanitarie Campane che quelli delle precedenti gare, è basata su una particolare configurazione Cloud che prevede l'erogazione dei moduli applicativi software a partire dalle Sale Server Aziendali, ciò al fine di garantire la continuità operativa di tutte le applicazioni Aziendali - con particolare riferimento a quelle c.d. Mission-Critical come ad esempio il Pronto Soccorso e le Diagnostiche - e prevede nella Cloud il sito di Disaster-Recovery.

Al fine di attuare quanto previsto dal decreto n. 48-4/2023-PNN del 04.08.2023 del Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che prevede la completa migrazione completamente al Cloud delle infrastrutture hardware, questa Azienda ha fatto richiesta ed ottenuto un finanziamento per migrare al Cloud del Polo Strategico Nazionale (PSN). Tale

finanziamento prevede che le attività di migrazione dovranno essere concluse entro il termine ultimo del 31 Ottobre 2024.

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

Linea Dati Internet

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

Interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti

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

Nello specifico l'Azienda aderisce al progetto "Wifi Italia" che è il progetto del Ministero delle Imprese e Made in Italy e che ha come obiettivo quello di permettere a tutti i cittadini di connettersi, gratuitamente e in modo semplice tramite l'App dedicata, a una rete wifi libera e diffusa su tutto il territorio nazionale. Recependo tale obiettivo l'Azienda ha intrapreso lavori di ampliamento della propria rete aziendale ed adeguamento degli edifici al fine di dotare i reparti, le zone di degenza e gli spazi comuni di antenne Wifi tali da supportare la connessione multiutente e rendere più agevole la permanenza nella struttura per degenti e visitatori.

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

A fine 2023 è stato attivato il nuovo sistema RIS/PACS con l'obiettivo di rendere il processo radiodiagnostico più veloce ed efficiente. Nel corso del 2024 è prevista l'acquisizione e l'attivazione di un sistema CVIS/PACS dotando, così anche il Dipartimento Cardiologico di un sistema di gestione referti e gestione immagini e studi cardiologici.

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei dipendenti

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

Nel corso del 2024 sarà presa in carico all'interno del nuovo sistema informativo aziendale la gestione della sezione dedicata all'AORN all'Amministrazione Trasparente, per la tenuta della sezione del sito istituzionale Aziendale dedicata con la generazione e l'alimentazione automatica delle sezioni informative previste, a partire dai dati prodotti dai moduli applicativi componenti del sistema fornito.

Nell'anno 2024 è prevista la migrazione verso una nuova sistema informativo unico che favorisca l'accesso a tutte le informazioni riguardanti il personale con un sistema di abilitazione opportunamente configurato. Nello stesso è previsto tra l'altro la semplificazione del login utente andando verso il riconoscimento utente mediante codice fiscale e/o con l'integrazione con il sistema SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale. L'integrazione dovrà consentire di accedere ai moduli del Sistema Informativo Aziendale inserendo le credenziali di accesso SPID in ottica di "Autenticazione Federata" recependo le indicazioni ministeriali per quel che riguarda l'accesso mediante SPID. Inoltre il nuovo sistema garantirà una semplificazione dei processi amministrativi in modo da migliorarne l'efficienza e semplificare gli stessi.

Sito internet aziendale

Il sito Informativo Istituzionale rappresenta il canale informativo WEB e presenta i servizi e le attività dell'Azienda. Nell'ottica di migliorare il reperimento delle informazioni per gli utenti, la fruibilità e l'accessibilità di tale asset strategico per l'azienda è prevista, nel corso del 2024, la pubblicazione del nuovo sito web con un Sistema di Gestione di Contenuti (CMS) basato su tecnologia Java, completamente aderente alla vigente normativa relativa all'accessibilità (circolare n. 51/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale e normativa in essa richiamata e s.m. e i.). Il progetto "Portale dell'Azienda" si prefigge quindi di rendere ampia trasparenza alla propria struttura organizzativa, ai servizi sanitari erogati, alla qualità dei propri servizi, nonché di rendere possibile l'accesso web ad alcuni dei propri servizi come ad esempio, la prenotazione di una prestazione ambulatoriale. A tal proposito, il portale dell'Azienda si propone di diventare punto di accesso unico ad informazioni, servizi e contenuti ricercati dai pazienti attuali e potenziali, nel personale dell'amministrazione, nei

medici e nel personale sanitario, negli studenti e in generale nell'Azienda e nei servizi da essa erogati.

Per quanto concerne l'accessibilità alle informazioni al cittadino veicolate attraverso il sito internet istituzionale, sulla home page sono riportati i link ai seguenti contenuti a partire da: **attività dell'Ospedale, servizi garantiti, prestazioni offerte, canali di erogazione, modalità di accesso:**

- Carta dei Servizi, articolata in sezioni, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in paragrafi tematici;
- Schede Informative;
- Centro Unico di Prenotazione.

Per quanto concerne l'accessibilità alle informazioni al cittadino di carattere logistico, sulla home page sono riportati i link ai seguenti contenuti:

- Mappa Ospedale, con gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità Operative distribuite per piano di ubicazione;
- Unità Operative, con gli elenchi delle Unità Operative sia Amministrative sia Sanitarie, contenenti i nomi dei relativi Direttori / Responsabili, l'indicazione dell'edificio e del piano di ubicazione.

Sulla home page, inoltre, c'è il link ai Comunicati Stampa, che, sebbene indirizzati agli organi di informazione, contengono notizie utili ai cittadini sulle iniziative e le attività dell'AORN di Caserta.

Accessibilità per disabili ed over 65

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

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

L'accessibilità per i disabili è garantita, nei vari edifici e reparti, principalmente attraverso l'impiego di adeguati ascensori, in loro assenza sono stati realizzati opportuni montascale (es. Ed. B). Infine, sono presenti, in più punti, wc per disabili.

Interventi di edilizia sanitaria

Le procedure di affidamento di lavori vengono espletate con strumenti digitali, tramite le piattaforme messe a disposizione da Consip (MEPA) e da So.Re.Sa. (SIAPS). Tra gli interventi di maggior importanza troviamo:

- Interventi finanziati con fondi PNRR/PNC

L'Azienda è assegnataria, nell'ambito del più ampio programma di investimenti del PNRR, dei fondi PNRR/PNC.

In virtù delle semplificazioni fornite dagli aggiornamenti al Codice degli Appalti, con delibera n. 920 del 10/10/2023 questa Amministrazione, per un importo complessivo di € 47.300.000,00, ha affidato la progettazione e l'esecuzione dei lavori per la demolizione e ricostruzione di parte degli Edifici di questa AORN, sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica realizzato dalla UOC Ingegneria Ospedaliera. Attualmente è in essere la fase di progettazione definitiva/esecutiva.

- **Interventi finanziati con fondi DGRC 378/2020**

Al fine di potenziare i posti letto, secondo il piano previsto dalla DGRC 378/2020, sono stati conclusi:

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

ed attivati i lavori per l'installazione di n. 2 nuovi ascensori esterni a servizio dei percorsi di isolamento del Pronto Soccorso e la realizzazione di un tunnel di collegamento tra gli edifici "F" ed "N" al piano seminterrato;

- **Adeguamento strutturale edifici**

A seguito della verifica di vulnerabilità sismica, ai sensi dell'O.P.C.M. n. 3274 del 20/03/2003, questa AORN sta concludendo interventi di adeguamento strutturale degli Edifici "B" ed "D", interventi finanziati con fondi interni, ed ha attivato tramite i fondi residui di cui alla DGRC n.720/2004 – art. 20 Il fase L. 67/88, per un importo di € 6.613.598,52, i lavori di adeguamento strutturale ed architettonici dell'Edificio "F3".

- **Interventi art. 20 L. 67/88 III fase**

Per quanto riguarda gli interventi da finanziare con fondi ex art. 20 L. 67/88 – III fase- questa AORN ha avviato nel 2023 l'esecuzione di due nuovi Edifici di cui uno, a tre piani, da destinare a Bunker per radioterapia – Medicina Nucleare – Unità spinale Recupero e Riabilitazione Funzionale e Neuro-Riabilitazione ed ambulatori", ed un secondo da utilizzare come piastra operatoria, entrambi in piena fase esecutive e che saranno completati entro il 2026.

- **Interventi Accordo quadro**

Questa Amministrazione al fine di poter attivare con celerità numerosi interventi di tipo manutentivo, in ottemperanza con il Codice degli appalti, ha avviato ed aggiudicato due procedure di gara di cui la prima, con delibera n. 1048 del 20/11/2023, relativa ai "lavori di manutenzione a

prevalenza edile propedeutici all'attuazione dell'intervento finanziato con fondi PNC/PNRR", di importo complessivo pari ad € 1.749.964,15 oltre IVA; ed una seconda, tramite delibera n. 1070 del 28/11/2023, relativa alla manutenzione del verde all'interno di questa AORN, per complessivi € 154.752,00.

Tutela dell'ambiente e green economy

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

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

A titolo esemplificativo, la quasi totalità delle lampade di illuminazione sono state sostituite con lampade a LED, mentre è in corso di valutazione la realizzazione di un nuovo impianto centralizzato, in luogo delle attuali centrali di produzione dell'energia. Infine, negli edifici di prossima realizzazione, finanziati con fondi dell'art. 20 L. 67/88, sono previsti, tra l'altro, la realizzazione di impianti fotovoltaici e l'installazione di colonnine di ricarica per veicoli elettrici.

2.2 PERFORMANCE

La presente sottosezione, prevista dal *Piano tipo* approvato con D.M. 30.06.2022, viene elaborata in attuazione di quanto disposto dall'articolo 10, comma 1 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, aggiornato con le modifiche successivamente adottate, delle altre normative vigenti in materia e del vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

La sottosezione "performance":

- è parte di un documento programmatico triennale;
- è predisposta anche in conformità alle previsioni del vigente "Regolamento di Amministrazione e Contabilità";
- nell'ambito del presente piano è adottata in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di programmazione del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Essa contiene:

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

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

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

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

- V. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione;
- VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

Albero della performance



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

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

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

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

2.2.1 Analisi del contesto

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

Dataset: Indicatori demografici										
Territorio	Campania					Caserta				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Tipo indicatore										
tasso di natalità (per mille abitanti)	8,2	8	7,7	7,9	..	8,1	8,3	7,9	8,4	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,4	10,4	10,8	10,9	..	8,7	9,8	10	10,1	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-1,2	-2,4	-3,1	-3	..	-0,5	-1,5	-2,1	-1,8	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	4	1,8	4,1	3,9	..	4,1	2,1	4,5	3,9	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-3,8	-2,9	-3,2	-4,3	..	-2,5	-0,9	-1,2	-2,8	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	1,1	0,7	1,3	2,9	..	1,8	1,6	2,5	4,6	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-1,3	-10,9	5	-0,9	-12,1	4,3
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-4	-13,1	3,1	-1,4	..	-1,6	-11,4	5,6	1,8	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-5,2	-15,5	0	-2,6	..	-2,1	-12,9	3,5	1,1	..
numero medio di figli per donna	1,31	1,3	1,28	1,33	..	1,27	1,31	1,26	1,35	..
età media della madre al parto	31,7	31,7	32	32	..	31,9	31,8	32,1	32,1	..
speranza di vita alla nascita - maschi	79,6	78,5	78,6	79	..	79,3	78,1	78,5	78,7	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	18,4	17,6	17,7	18	..	18,1	17,1	17,6	17,7	..
speranza di vita alla nascita - femmine	83,8	83,4	83	83,1	..	83,9	83,4	83,1	83,1	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	21,4	21	20,6	20,6	..	21,4	20,9	20,6	20,6	..
speranza di vita alla nascita - totale	81,6	80,9	80,7	81	..	81,5	80,7	80,7	80,8	..
speranza di vita a 65 anni - totale	19,9	19,3	19,2	19,3	..	19,7	19	19,1	19,2	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14,5	14,3	14,3	14	13,8	15	14,7	14,8	14,4	14,2
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66,7	66,5	65,8	65,8	65,7	67,6	67,4	66,8	66,8	66,8
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	18,8	19,3	19,9	20,2	20,5	17,5	17,9	18,5	18,7	19
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	49,9	50,4	52,1	51,9	52,1	48	48,4	49,8	49,6	49,7
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	28,2	29	30,2	30,6	31,2	25,8	26,6	27,7	28	28,4
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	129,6	135,1	138,6	143,6	148,6	116,4	122	125,2	129,6	133,5
età media della popolazione - al 1° gennaio	42,7	43	43,3	43,6	43,9	41,8	42,2	42,5	42,8	43,1

[fonte sito I.Stat]



Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

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

Analisi del contesto esterno

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

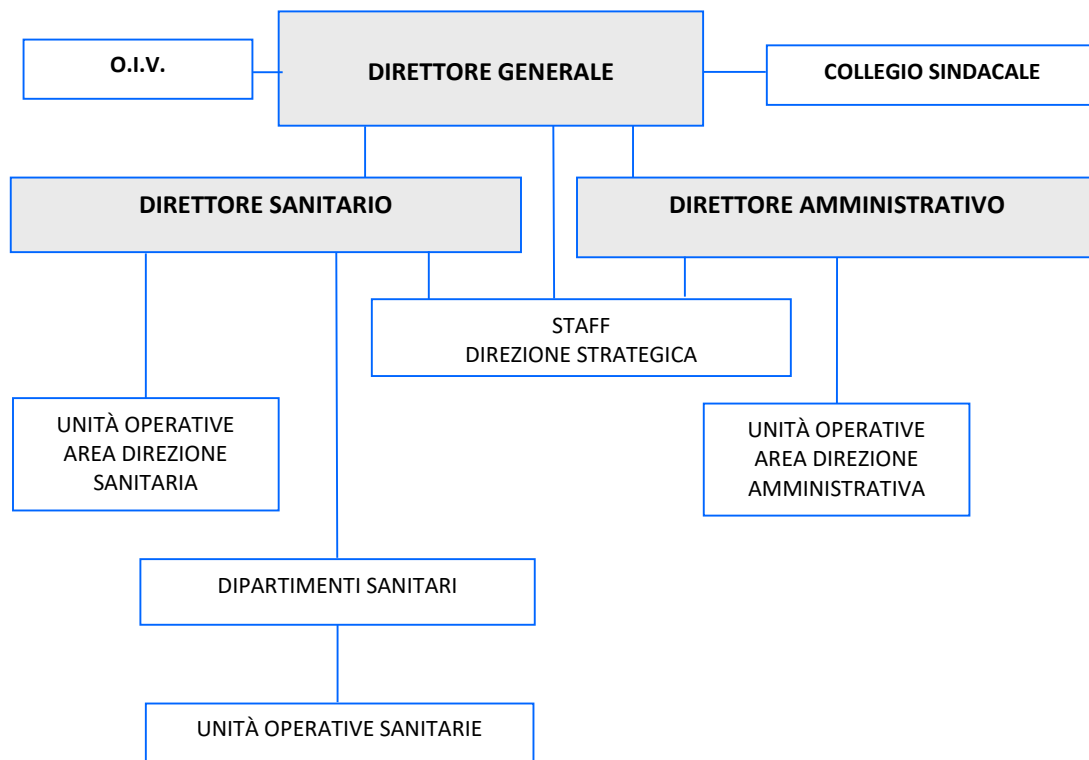
L'attività, quindi, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la provincia di Caserta.

Analisi del contesto interno

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

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dall'Atto Aziendale recentemente approvato con D.G.R.C. n. 654 del 16.11.2023, con presa d'atto da parte dell'azienda avvenuta con l'adozione della deliberazione n. 1080 del 30/11/2023, definita come segue:

ORGANIGRAMMA GENERALE



I dati di attività degli anni precedenti

I dati, come di consueto, vengono riferiti all'esercizio precedente all'anno appena conclusosi e, quindi, in questo caso, all'anno 2022. Tuttavia, sono stati riportati anche alcuni dati riferiti all'anno 2023 già disponibili; tali dati, sebbene non ancora consolidati e, quindi, suscettibili di lievi aggiustamenti, possono essere utili ad avere un confronto più aggiornato. Si riporta, pertanto, a seguire, l'analisi dei dati di attività relativa agli anni precedenti:

A) REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) REGIME DI RICOVERO DH/DS

L'analisi effettuata evidenzia quanto segue.

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

C) RIEPILOGO TOTALE

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

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

D) ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Per questa categoria, essendo già disponibili i dati dell'esercizio 2023, vengono confrontati di seguito con quelli dell'anno precedente:

Dati Ambulatori - Confronto 2022-2023				
Unit Operative	Anno 2023		Anno 2022	
	N Prestazioni	Tot. Imp. Prest	N Prestazioni	Tot. Imp. Prest
ALLERGOLOGIA	706	12.734		
ANATOMIA PATOLOG.	3.935	131.813	3.373	111.028
ASSIST. NEONATALE	119	3.872	168	5.458
CAMERA IPERBARICA	4.215	216.317	2.538	115.627
CARD.CLINICA UNIV,	920	17.156	600	12.500
CARD.INTERVENTIST.			1	12
CARDIOCHIRURGIA	669	10.118	426	7.952
CARDIOLOGIA E RIAB	10.508	266.909	9.773	254.483
CH D'URGENZA-TRAUM	906	9.158	52	218
CH. MAX. ODONTOST.	2.696	63.077	1.323	27.134
CH.GEN.WEEK SURG.	2.417	34.335	1.376	22.734
CH.GEN. ONCOLOG.	640	10.735		
CHIR. VASCOLARE	1.246	21.922	925	18.663
DAY SURGERY	1.280	240.443	284	23.372
DERMATOLOGIA	5.210	77.822	4.050	63.063
ELETTROSTIMOLAZ.	2.907	60.334	2.949	61.404
FISIOPAT. EPATICA	1.189	24.437	1.020	20.815
GASTROENTEROLOGIA	3.005	105.437	2.503	97.363
GERIAT.ENDOC.RIC.	1.019	17.350	643	10.208
GINECOLOGIA SOCIAL	222	5.607	1.889	2.061
IMMUNOEMATOLOGIA	6.821	159.428	3.294	124.973
MALATTIE INFETTIVE	2.866	44.688	2.866	46.478
MEDICINA D'URGENZA	677	10.554	542	9.268
MEDICINA INTERNA	8.169	155.133	5.809	95.640
MEDICINA RIABILIT.	388	7.813	183	3.657
NEFROLOGIA	7.164	798.874	6.082	596.692
NEONATOLOGIA	277	8.656	214	6.608
NEUROCHIRURGIA	1.772	33.982	1.541	29.272
NEUROLOGIA	6.003	84.922	4.355	74.199
OCULISTICA	8.068	624.418	5.803	267.542
ONCOEMATOLOGIA	5.494	104.509	5.132	92.157
ONCOLOGIA	4.655	75.473	2.480	39.374
ORL	5.182	77.125	4.676	77.330
ORTOPEDIA	6.176	113.802	4.918	85.695
OSTETRICA E GINEC	4.884	195.343	2.504	54.468
PATOLOGIA CLINICA	77.508	571.693	61.162	473.683
PEDIATRIA	1.299	22.554	1.232	22.275
PNEUMOLOGIA	4.185	119.101	2.741	73.147
RADIOLOGIA	7.113	420.320	6.838	404.141
SENOLOGIA	1.547	24.162	1.425	21.547
STROKE UNIT	607	14.459	351	11.363
TERAPIA DEL DOLORE	8.480	521.920	2.615	32.524
UROLOGIA	3.165	88.967	2.302	60.416
Totale	216.309	5.607.469	162.958	3.556.542

Fonte dati CUP - programma Virgilio Web Hospital (fino al 16 maggio 2022) – Piattaforma C.U.P. regionale

E) ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Anche per il pronto soccorso, essendo già disponibili i dati dell'esercizio 2023, vengono di seguito confrontati con quelli dell'anno precedente:

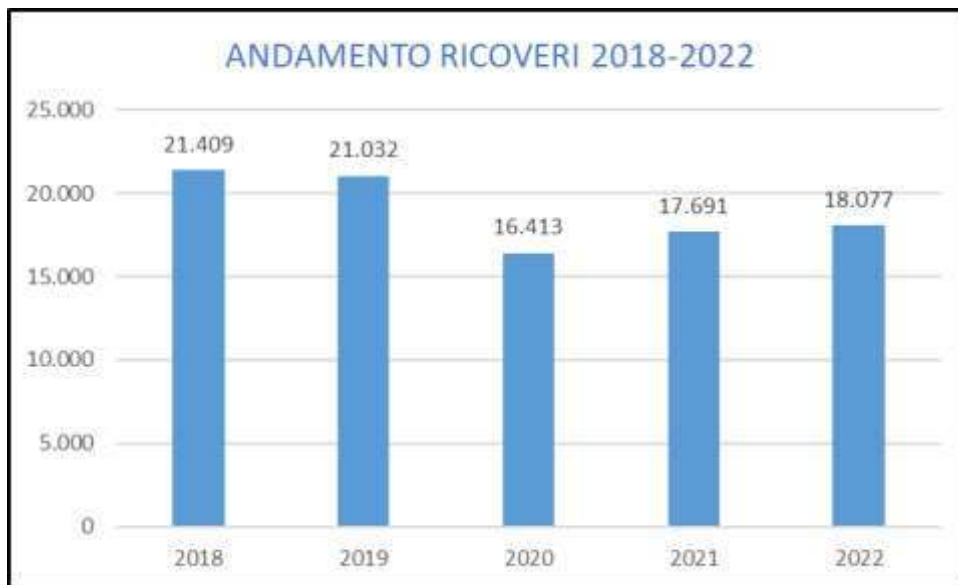
DATI COMPLESSIVI P.S. ANNO 2023-2022 (GENERALE+PEDIATRICO+GINECOLOGICO)		
ESITO DIMISSIONE	2023	2022
Trasferimento OBI in Pediatria		3
Deceduto in PS	148	162
Inserito per errore		226
Trasferito ad altro ospedale	568	561
Trasferito in strutture territoriali	80	
Giunto cadavere	10	
Trasferim. OBI Ostetricia		576
Abbandono prima della visita	2.469	2.027
Rifiuta Ricovero	4.051	3.966
Abbandono in corso accertamenti	5.027	5.031
Ricoverato	9.134	8.692
Dimissione Domiciliare	16.746	12.538
Dimissione Ambulatoriale	29.283	29.058
TOTALE ACCESSI	67.516	62.840
Codice Colore	2023	2022
Nero	7	128
Rosso	741	504
Non Eseguito	-	700
Azzurro	11.219	4.631
Arancione	6.249	5.236
Bianco	19.381	14.021
Verde	29.919	37.620
TOTALE ACCESSI	67.516	62.840

Nell'anno 2023 gli accessi complessivi registrati sono risultati complessivamente pari a 67.516, mentre nel 2022 erano stati 62.840.

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

ACCESSI PS	DATI PRONTO SOCCORSO GENERALE		DATI PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO		DATI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	
	2023	2022	2023	2022	2023	2022
Trasferimento OBI in Pediatria		0		0		3
Deceduto in PS	148	162		0		0
Inserito per errore		201		14		11
Trasferito ad altro ospedale	471	485	1	0	96	76
Trasferito in strutture territoriali	79	12		564	1	0
Giunto cadavere	10					
Trasferim. OBI Ostetricia						
Abbandono prima della visita	2.468	1.995	1	27		5
Rifiuta Ricovero	3.208	3.340	137	136	706	490
Abbandono in corso accertamenti	4.823	4.837	143	144	61	50
Ricoverato	6.760	6.684	1.613	1.400	761	608
Dimissione Domiciliare	5.488	3.703	2.408	1.595	8.850	7.240
Dimissione Ambulatoriale	26.781	26.030	2.184	2.623	318	405
TOTALE ACCESSI	50.236	47.449	6.487	6.503	10.793	8.888
Codice Colore	2023	2022	2023	2022	2023	2022
Nero	6	129		0	1	0
Rosso	731	499	2	1	8	4
Giallo						
Non Eseguito		696		2		6
Azzurro	10.997	4.446	36	155	186	66
Arancione	6.225	5.195	10	46	14	11
Bianco	18.626	10.778	133	375	622	2.910
Verde	13.651	25.706	6.306	5.924	9.962	5.891
TOTALE ACCESSI	50.236	47.449	6.487	6.503	10.793	8.888

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



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

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



Le attività nell'ambito delle relazioni con il pubblico

Nell'anno 2023 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp):

- Nel settore **Relazioni con il Pubblico**:
 - **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.671 contatti, distinti come segue:

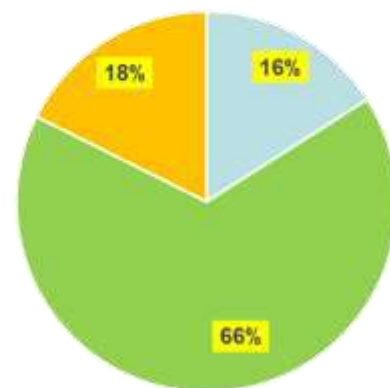
MOTIVO DEL CONTATTO	n.	%
INFORMAZIONE	376	56
PROBLEMA	295	44
TOTALE	671	100

In particolare, i contatti sono avvenuti con le varie modalità rappresentate di seguito:

URP

CONTATTI UTENTI GENNAIO - DICEMBRE 2023 / MODALITÀ DI CONTATTO

MODALITÀ DI CONTATTO	n.	%
VERBALE	107	16
TELEFONO	445	66
EMAIL PEC	64 54	18
TOTALE CONTATTI	671	100



→ **Raccolta e Gestione delle Segnalazioni del Cittadino: Reclami ed Elogi**

- Nell'anno 2023 l'Urp ha raccolto e gestito n. 7 reclami scritti presentati:

n. 6 con e-mail;

n. 1 scheda.

Premesso che ogni reclamo può contenere una o più segnalazioni negative riferite a una o più articolazioni aziendali, si sottolinea che su n. 7 reclami, il totale delle segnalazioni per l'anno 2023 è di n. 9.

Tutte le segnalazioni/reclami sono state oggetto di apposita istruttoria al fine di poter permettere una revisione dei processi lavorativi/ funzionali oggetto delle lamentele.

- Nell'anno 2023 l'Urp ha raccolto e gestito n. 9 elogi scritti, presentati:

n. 2 con scheda;

n. 7 con e-mail/pec.

Premesso che ogni elogio può contenere una o più segnalazioni di merito, si sottolinea che queste ultime risultano pari ad un totale di n. 17 che hanno riguardato varie articolazioni aziendali.

Tutte le segnalazioni/elogi sono state inoltrate ai servizi interessati al fine di poter promuovere le performance con maggiore conoscenza dei dati.

Comunicazione – Ufficio stampa

Nell'anno 2023 l'Ufficio stampa e relazioni con i media ha svolto le attività di seguito riportate.

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

- ❖ Gestendo i rapporti con: stampa, televisione, radio, new media;
- ❖ Redigendo e inviando alle redazioni giornalistiche comunicati stampa riguardanti l'attività dell'Ospedale e del suo vertice istituzionale, relativi a iniziative ed eventi promossi e sostenuti dall'Ospedale stesso;
- ❖ Promuovendo interviste su temi di interesse con il coinvolgimento delle Direzioni e/o delle Unità operative;
- ❖ Assicurando alle redazioni giornalistiche le notizie da queste ultime richieste su argomenti specifici, attraverso l'attivazione di percorsi di comunicazione interna utili allo scopo, puntualmente concordati con la Direzione Aziendale;
- ❖ Pubblicando sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), in una sezione dedicata, i comunicati stampa elaborati e la rassegna stampa di riferimento;
- ❖ Monitorando e gestendo quotidianamente la rassegna stampa in materia di sanità, prodotta da una Società esterna di settore, con cui ha curato i rapporti legati all'attività specifica.

→ Nell'ambito dell'area di attività **Comunicazione Istituzionale - Redazione delle Informazioni al Cittadino** ha curato la redazione delle informazioni direttamente indirizzate ai cittadini sulle attività dell'Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso:

- ❖ Producendo e/o aggiornando all'occorrenza i contenuti informativi di pertinenza della Carta dei Servizi, articolata in *sezioni*, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in *paragrafi* tematici:

L'AZIENDA OSPEDALIERA

L'OSPEDALE: STRUTTURE, ASSISTENZA, SERVIZI

GLI AMBULATORI

LA COMUNICAZIONE, LA TUTELA, LA PARTECIPAZIONE

L'AREA DIDATTICA E FORMATIVA

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

- ❖ Aggiornando, all'occorrenza, per la pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), le informazioni di carattere logistico, con interventi sulla sezione Mappa Ospedale che contiene gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità operative distribuite per piano di ubicazione, e sulle sezioni riferite ai Dipartimenti Sanitari e agli elenchi delle Unità operative sia Amministrative sia Sanitarie, distinte in Uoc e Uosd, con indicazione dei relativi Direttori / Responsabili, edificio e piano di ubicazione;
- ❖ Aggiornando e modificando le seguenti schede informative, pubblicate sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) con accesso dalla home page:
 - ✎ "Prestazioni di Pronto Soccorso soggette a pagamento";
- ❖ Elaborando avvisi e locandine informative sui seguenti temi:
 - ✎ "Ambulatori di Oncologia e Oncoematologia: attivazione Sportello Cup dedicato";
 - ✎ "Blocco dei sistemi del Cup Unico Regionale della Campania";
 - ✎ "Trasferimento ambulatorio per il prelievo del sangue" (N. 2 avvisi: uno indirizzato agli utenti del Laboratorio di analisi, l'altro a quelli del Centro trasfusionale);
- ❖ Aggiornando le informazioni relative all'AORN di Caserta per la pubblicazione delle stesse nell'Annuario della Comunicazione Italiana 2023/2024.
- ❖ Promuovendo la pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) di informazioni legate a iniziative sanitarie promosse da altri Enti, come il Laboratorio Sanità 2030 / Campania.

Le prospettive per l'anno 2024

In generale, le prospettive di cui tener conto per l'anno 2024 sono in linea con le previsioni della D.G.R.C. n.645 del 27.7.2023. Per il dettaglio, si veda il successivo l'allegata *Direttiva del Direttore Generale 2024* ed il paragrafo dedicato agli obiettivi strategici ed operativi.

In tal senso, è opportuno riportare i dati del bilancio di previsione relativo alle risorse finanziarie e ai costi previsti per l'anno 2024, confrontati con i dati dell'anno precedente – deliberazione n.960 del 19 ottobre 2023 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

Formule	Cons	CODICE	DESCRIZIONE	Preventivo 2024	Preventivo 2023
			A) Valore della produzione		
F		AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	84.556.676,34	83.376.203,00
F		AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.090.887,99	-6.155.055,32
F		AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	7.066.275,20	5.718.244,26
F		AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	97.824.662,45	90.245.513,16
		AA0760	A.5.A) Rimborsi assicurativi	188.460,84	252.736,84
F		AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.129.467,64	1.019.033,24
		AA1010	A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	0,00	0,00
		AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00
F		AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	153.612,46	236.163,07
F		AZ9999	Totale valore della produzione (A)	190.125.637,25	178.984.200,74
			B) Costi della produzione		
F		BA0010	B.1) Acquisti di beni	46.660.316,29	41.797.424,12
F		BA0390	B.2) Acquisti di servizi	22.626.826,52	28.120.089,51
F		BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.942.176,18	5.230.352,00
F		BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.687.008,16	1.654.521,41
F		BA2080	Totale Costo del personale	94.501.906,07	84.056.839,95
F		BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	81.832.565,43	73.895.242,08
F		BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	785.706,91	882.587,38
F		BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	8.073.190,11	5.964.814,84
F		BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	3.810.443,62	3.314.195,65
F		BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.113.738,49	1.792.797,09
F		BA2560	Totale Ammortamenti	4.661.708,90	3.475.711,34
		BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	232.722,01	25.047,11
F		BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	4.428.986,89	3.450.664,23
F		BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	500.000,00	42.707,10
F		BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-2.706.501,08	0,00
F		BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	9.736.937,72	7.003.149,56
F		BZ9999	Totale costi della produzione (B)	183.724.117,25	173.173.592,08
			C) Proventi e oneri finanziari		
F		CA0010	C.1) Interessi attivi	0,00	0,00
F		CA0050	C.2) Altri proventi	0,00	0,00
F		CA0110	C.3) Interessi passivi	0,00	0,00
F		CA0150	C.4) Altri oneri	0,00	12.608,20
F		CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	0,00	-12.608,20
			D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
		DA0010	D.1) Rivalutazioni	0,00	0,00
		DA0020	D.2) Svalutazioni	0,00	0,00
F		DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0,00	0,00
			E) Proventi e oneri straordinari		
F		EA0010	E.1) Proventi straordinari	253.740,00	0,00
F		EA0260	E.2) Oneri straordinari	0,00	0,00
F		EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	253.740,00	0,00
F		XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.655.260,00	5.798.000,46
			Y) Imposte e tasse		
F		YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	6.655.260,00	5.798.000,46
F		ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0,00	0,00

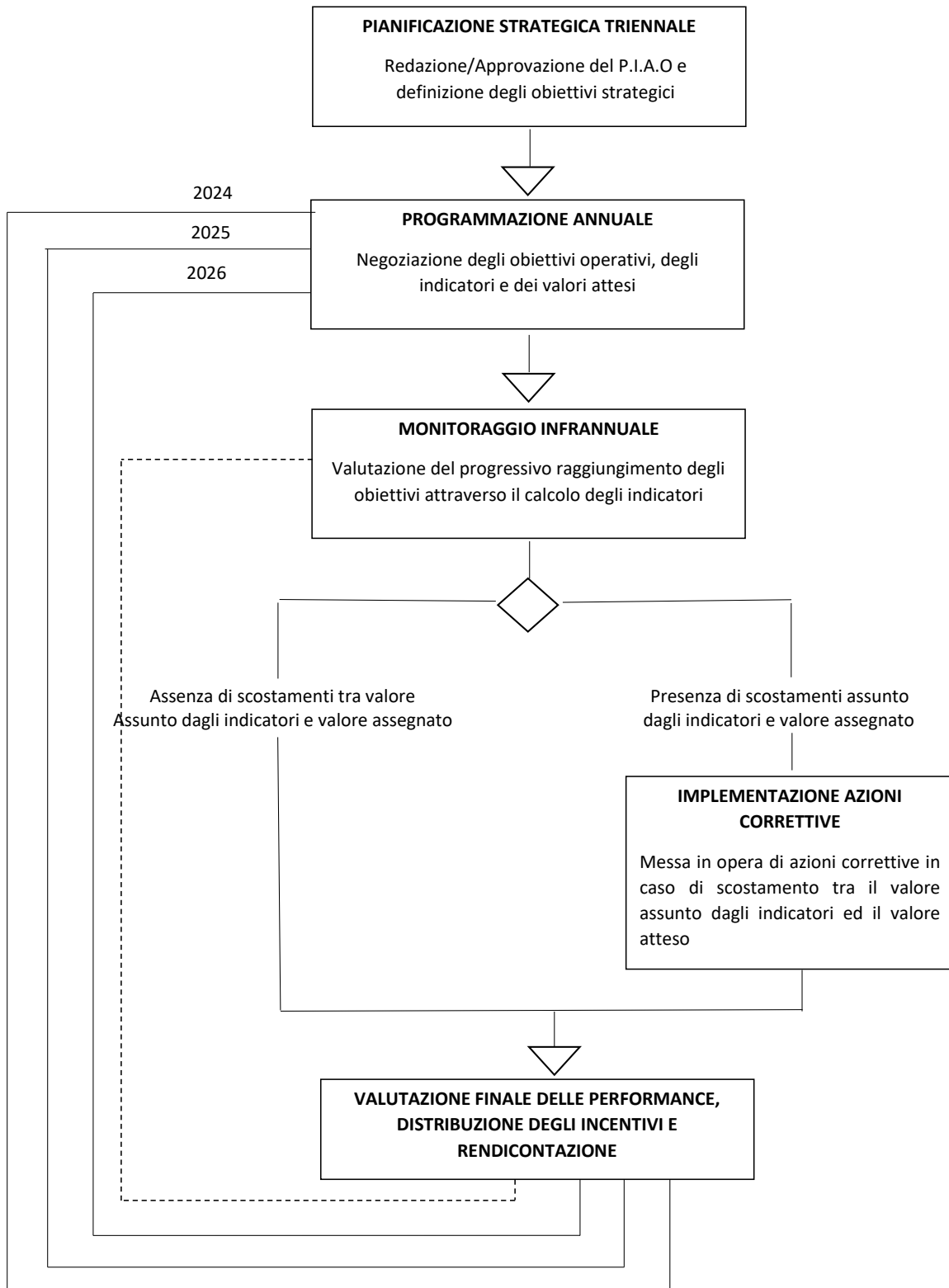
L'Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell'equilibrio economico anche per l'anno 2024.

2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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



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

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

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

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

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

La valutazione della performance individuale

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

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, com'è noto, fino ad alcuni anni fa, la valutazione era limitata alla sola dirigenza.

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

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

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

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

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente:
 - al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi;

- al ***pensiero operativo*** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi;
- alla ***flessibilità***, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione;
- all'***innovazione*** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- ***area realizzativa***, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili, valutabili come:
 - la ***pianificazione e il controllo*** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri;
 - l'***iniziativa*** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema;
 - l'***orientamento al risultato***, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi;
 - la ***gestione del cambiamento*** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- ***area relazionale***, incentrata sull'efficacia nel comunicare e sull'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché sull'***ascolto*** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- ***negoziazione***, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso attraverso:
 - le ***reti relazionali*** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali;
 - la ***gestione delle risorse umane***, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali;
 - l'***integrazione organizzativa per*** misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.



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

2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

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

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

Di seguito, vengono richiamati, in maniera sintetica, gli obiettivi assegnati all'azienda con DGRC n.465 del 27.7.2023 e quelli programmati dalla direzione strategica.

Obiettivi strategici assegnati all'Azienda

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

In sintesi, gli obiettivi comprendono, oltre a quelli di cui alle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (*Mantenimento dell'equilibrio economico; Miglioramento della qualità dell'assistenza; Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure; Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali; Ammodernamento tecnologico ed edilizio; Arruolamento e formazione continua del personale*), anche i cosiddetti **obiettivi di carattere generale** assegnati al direttore generale con D.G.R.C. n.465 del 27.7.2023 che vengono riportati qui di seguito:

1) Obiettivi di carattere generale:

- a) *il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- b) *Il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;*
- c) *il rispetto dei tempi di pagamento.*

2) Obiettivi specifici:

- a) *garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;*
- b) *rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramuraria;*
- c) *continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;*
- d) *obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022;*

3) Obiettivi tematici:

- a) *attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;*
- b) *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;*
- c) *erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali.*

Obiettivi operativi

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

Gli obiettivi operativi sono collegati a riferimenti normativi regionali, alle previsioni dell'Atto Aziendale ed all'attuazione dei decreti e delle delibere di indirizzo regionale, nonché agli indirizzi della direzione strategica; sono, altresì, integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

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

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

Area dell'Efficacia e dell'Appropriatezza: operare scelte più efficaci e appropriate nell'ambito dell'utilizzazione dei supporti diagnostici e terapeutici per ogni singolo paziente o categoria di pazienti. Il riferimento specifico riguarda la definizione e l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali ovvero l'adozione di linee guida prodotte all'interno della azienda da organismi istituzionali e professionali.

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

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

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

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

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

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

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

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

Il dettaglio degli obiettivi che comprende anche gli operativi specifici assegnati alle diverse UU.OO. sanitarie dell'azienda sarà definito successivamente alla pubblicazione del presente piano.

La UOC Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi informativi provvederà, dopo l'approvazione del presente piano, all'atto della definizione degli obiettivi specifici, ad inviare a ciascuna U.O. le schede di competenza, appositamente predisposte le quali saranno, poi, oggetto di relazioni periodiche da parte del dirigente/responsabile in occasione dei monitoraggi intermedi e del monitoraggio di fine anno.

2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

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

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

1. Valorizzazione dei risultati di struttura;
2. Valorizzazione dei comportamenti organizzativi individuali.

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

La valorizzazione dei risultati conseguiti a livello di struttura può essere convertita, poi, per ciascun dipendente, secondo i pesi previsti dal vigente SMVP per il contributo alla valutazione complessiva.

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

La valorizzazione della performance individuale viene costruita attraverso una griglia il cui punteggio massimo è definito in coerenza al SMVP che assegna i vari pesi a seconda della tipologia di valutato. Il punteggio così individuato dalla UOC Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi informativi per

ciascun dipendente viene sommato a quello relativo alla struttura per definire la valutazione complessiva del dipendente.

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

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

$$V = V_1 + V_2$$

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

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

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

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

dove

n = numero degli obiettivi trasversali di pertinenza

k_i = peso dell'obiettivo i-esimo

I coefficienti k_i vengono determinati secondo la seguente griglia:

OBIETTIVI DI STRUTTURA "TRASVERSALI"											
I ^{no}	COD. OBIETTIVO TRASVERSALE	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2023	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP-LE VERIFICA	UU.OO. da monitorare
1	OBTR-TRASP	Trasparenza ed accountability - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione prescrizioni del P.I.A.O. sull'argomento.	Vigilare sulla corretta esecuzione di tutti gli adempimenti in materia da parte del personale assegnato con le tempistiche e le competenze individuali del P.I.A.O.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza ed accountability con le tempistiche e le modalità individuate dalla sottosezione 2.3 del P.I.A.O.	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Il RPCT redige una relazione/report sull'attuazione degli obiettivi segnalando eventuali UU.OO. inadempienti	RPCT	tutte
2	OBTR-FORMAZ	Formazione del personale	Attuazione piano formativo annuale	Organizzare le attività della UO per consentire a tutto il personale interessato lo svolgimento delle attività formative obbligatorie programmate dall'azienda	Registri di presenza dei corsi	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione/report da parte della UU.OO. eroganti i percorsi formativi obbligatori (U.O.C., Apprendistato, E., Formazione, O, e F., U.O.S.D., Servizio Prevenzione e Protezione, RPCT, ecc.)	UU.OO. eroganti i corsi	tutte
3	OBTR-BUDGET	Realizzazione di un sistema per l'assegnazione del budget ed il monitoraggio del rapporto costi/ricavi	Efficacia ed efficienza	Stipulare tutti le azioni necessarie per assicurare con le strutture componenti: scelta di ricezione e verifica del rapporto costi/ricavi e del budget assegnato alla U.O.	Reportistica e report della UOC Programmazione e Controllo di Gestione	anno di pubblicazione del Piano	0	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Reportistica e report di controllo di gestione	Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione	tutte
4	OBTR-RISK	CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 1, 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico effettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria	Numero di cartelle cliniche di intervento chirurgico in sala operatoria e debitamente compilate dall'anestesista la Check List di Sala Operatoria/totali ricoveri con procedure chirurgiche (scd, Urgenti)	anno di pubblicazione del Piano	≥ 70%	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione del direttore UOC Risk Management	Direttore UOC Risk Management	UU.OO. area chirurgica
5	OBTR-SDO	OGIC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c) Conformità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Completare e tempestiva alimentazione dei flussi S.O.O.	Chiusura tempestiva SDO entro max 30 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (pos. attesa per esami diagnostici)	Report mediante dati QUARI	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=2 obiettivo parzialmente raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Report della UOC Appropriatezza, Epidemiologia C. e V., FORMAZIONE, Qualità e Performance	Direttore UOC Appropriatezza, Epidemiologia C. e V., FORMAZIONE, Qualità e Performance	Tutte quelle che effettuano ricoveri
6	OBTR-PERF	Attuazione ciclo della performance	Valutazione del personale - Attuazione procedure (D.lgs.150/2009)	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, di tutte le schede di valutazione del dipendente firmate e datate da valutatore e valutato	Schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	anno precedente a quello di pubblicazione dell'ultimo Piano pubblicato	100%	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Schede di valutazione	S/O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	tutte
7	OBTR-ATTRE	OGIC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto b) Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'attività Utenti Professionale Intramuraria	Rispetto tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità/pazienti ricoverati (esclusa urgenza)	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione del referente aziendale tipo d'attesa col supporto della UOC Appropriatezza, Epidemiologia C. e V., Formazione, Qualità e Performance	Referente aziendale liste d'attesa	Tutte quelle che effettuano ricoveri
8	OBTR-ATTAMB	OGIC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto b) Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'attività Utenti Professionale Intramuraria	Rispetto tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, D, F)	Pazienti trattati in ambulatorio per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito "Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa" (pazienti trattati in ambulatorio)	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=2 obiettivo parzialmente raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione del referente aziendale liste d'attesa	Referente aziendale liste d'attesa	Tutte quelle che effettuano prestazioni ambulatoriali

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

Per esempio:

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

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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

In quest'ottica un ruolo fondamentale è svolto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) che, attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e le linee guida, fornisce indicazioni e indirizzi a cui gli enti pubblici devono attenersi nel predisporre la propria strategia di prevenzione, espressa nell'ormai abolito, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che ad oggi si integra in forma sintetica e più intellegibile per il cittadino, nelle parti ove possibile, al PIAO 2024-2026.

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

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

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

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

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

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

A livello metodologico, i Principi Guida indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023) per il processo di gestione del rischio sono i seguenti:

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

La presente relazione sulle misure da adottare è stata redatta in linea con i suddetti principi. Il processo di gestione del rischio è stato progettato e realizzato in modo sostanziale e calibrato sulle specificità della Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, mediante specifici confronti con

le diverse strutture organizzative per la mappatura dei processi, la valutazione e il trattamento del rischio.

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

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

La predisposizione del presente Piano integrato nel PIAO 2024 – 2026, tiene conto degli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale e dell'attività in materia di anticorruzione e trasparenza svolta nel 2023.

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

2.3.1 L'iter di adozione

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

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

In tale contesto, prima dell'adozione del presente Piano, si è proceduto a pubblicare un Avviso pubblico in data 12/01/2024 sul sito internet aziendale al fine di consentire agli Stakeholders esterni la presentazione di suggerimenti e/o istanze.

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare, di concerto con il gruppo di lavoro per la redazione del PIAO 2024 – 2026.

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

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare nel nuovo PIAO 2024-2026.

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

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

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

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

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

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;

- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

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

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

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

2.3.3 Valutazione del rischio

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

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

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

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

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

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

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

1. aree generali:

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

2. aree specifiche:

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

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

2.3.4 Il trattamento del rischio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il PNA raccomanda altresì di dare evidenza nel PTPCT del regolamento adottato ai sensi dell'art. 53, co. 3-bis, del d.lgs. 165/2001 e di effettuare una rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali valutando, nell'ambito dell'istruttoria relativa al rilascio dell'autorizzazione, la possibilità di svolgere incarichi anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente. In tal senso, l'A.O.R.N. di Caserta ha già adottato (Delibera n.83 del 09/02/2022 modificato con Delibera n. 198 del 16/03/2022) "REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI" che prevede una specifica procedura autorizzativa delle attività extraistituzionali non ricadenti tra quelle in conflitto di interesse o vietate per legge.

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

Con riguardo alla rotazione c.d. straordinaria, invece, l'istituto è stato previsto nel PNA 2022 "Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023" come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PIAO o in sede di autonoma regolamentazione cui il PIAO deve rinviare.

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

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

Il PNA 2022, inoltre, raccomanda di inserire nei piani, misure volte a prevenire il fenomeno cd. Pantouflage (art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter, modificato dall'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012). Pertanto, tra le misure di trattamento del rischio inserite nell'allegato al presente documento, è stata prevista la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri).

Infine, tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal PNA 2022, rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

L'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PIAO 2024 - 2026.

La formazione in argomento sarà strutturata su due livelli:

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

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

2.3.5 Obbligatorietà delle misure

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

La UOC "Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance" è individuata come soggetto responsabile affinché, nella redazione del PIAO 2024/2026, sia data certezza della presenza di obiettivi dirigenziali che ricalchino le misure di trattamento del rischio individuate.

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

2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

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

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

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

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

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

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

Con la nuova Delibera, l'ANAC ha precisato che *"I dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall'art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), sono interamente assoggettati all'art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017 (par. 2.3 "Casi particolari – La Dirigenza Sanitaria")"*.

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

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

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

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

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

Gli obblighi di pubblicazione saranno attuati da tutte le strutture coinvolte, indicate nelle tabelle di cui all'allegato "Obblighi di trasparenza" del presente PIAO 2024 - 2026, con il coordinamento del Responsabile della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

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

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

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

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

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



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

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

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

I dipartimenti attivi in Azienda, in base all'atto aziendale approvato con DGRC n.465 del 27.7.2023, sono 8, tutti nell'area sanitaria:

- CARDIO-VASCOLARE;
- SCIENZE CHIRURGICHE;
- EMERGENZA ED ACCETTAZIONE;
- ONCO-EMATOLOGICO;
- DELLA DONNA E DEL BAMBINO;
- TESTA COLLO;
- SCIENZE MEDICHE;
- SERVIZI SANITARI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A ciascun incarico dirigenziale sono attribuite la missione e le specifiche aree di responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, le attribuzioni di competenze, nonché un

valore economico determinato secondo il modello di graduazione delle posizioni dirigenziali, i cui criteri generali sono fissati in sede di contrattazione aziendale.

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

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

Le tipologie di incarichi istituiti sono:

- Incarico di organizzazione
- Incarico professionale.

Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane

ANALISI FATTORI QUALITATIVI/QUANTITATIVI – anno 2023	
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	48,02
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	49,63
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO – anno 2023	
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	2,37
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	4,81
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	85,56
INDICATORI – anno 2023	
% DI DIRIGENTI DONNE	49,33
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	55,69
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DIRIGENTI	3.663
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTI	3.466
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE NON DIRIGENTE	1.510
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE	1.697
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	94,74
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE	52,76

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il ministro per la Pubblica Amministrazione ha firmato il 29 dicembre 2023 una nuova direttiva per il lavoro agile, nella quale, viene evidenziato che l'utilizzo del lavoro agile, da strumento emergenziale, si è progressivamente riappropriato, anche nel pubblico impegno, della sua reale natura di strumento organizzativo, trovando disciplina nell'ambito della contrattazione collettiva, che ne ha tratteggiato le caratteristiche necessarie ad un suo armonioso utilizzo nell'ambito delle pubbliche amministrazioni.

Come strumento organizzativo e di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il lavoro agile nel pubblico impiego è regolato, per ciascun lavoratore, da accordi individuali - sottoscritti con il dirigente/capo struttura, che calano nel dettaglio obiettivi e modalità *ad personam* dello svolgimento della prestazione lavorativa.

Anche per i lavoratori fragili, superata l'esigenza pandemica di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile, la direttiva evidenzia, comunque, la necessità di garantire ai lavoratori che documentano "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, "anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza".

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

Il citato C.C.N.L. Comparto Sanità definisce il lavoro agile quale una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente

individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Azienda nel dare accesso al lavoro agile curerà di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve queste ultime, e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza, l'Azienda previo confronto con le organizzazioni sindacali avrà cura, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Accordo individuale

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

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

Tale accordo conterrà i seguenti elementi essenziali:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a

distanza;

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

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

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

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari di cui all'art. 51 (Permessi retribuiti per motivi personali o familiari), i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i

permessi per assemblea di cui all'art. 13 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 per la fascia di contattabilità.

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

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

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

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

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

Formazione al lavoro agile

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

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

Lavoro da remoto

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

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

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

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

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



sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

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

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'A.O., ha elaborato il nuovo Piano 2022-2024 che è stato definitivamente approvato dalla Regione Campania con della DGRC 593 del 25/10/2023, seguita dalla deliberazione del direttore generale n.980 del 27.10.2023, quale presa d'atto della stessa deliberazione di G.R. della Campania, che riporta nel prospetto che segue gli elementi fondamentali:

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08/05/18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 546/2022

AO SAN SEBASTIANO E SANT'ANNA di CASERTA	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2021	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
RUOLO SANITARIO	1.195	1.795	600	295	104	178	14
Dirigenti Medici	336	510	174	136	39	92	5
Dirigenti Sanitari	31	55	24	3		3	-
Personale del comparto area sanitaria	828	1.230	402	157	65	83	8
di cui personale infermieristico	702	880	178	113	49	60	4
RUOLO TECNICO	191	397	206	168	90	72	6
Dirigenti	5	18	13	5	1	4	-
Personale del comparto area tecnica	186	379	193	163	89	68	6
di cui OSS	105	270	164	140	85	50	4
di cui Assistenti Sociali	-	4	4	2	-	-	2
RUOLO PROFESSIONALE	7	10	3	4	2	2	-
Dirigenti	2	2	-	1	-	1	-
Personale del comparto area professionale	5	8	3	3	2	1	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	89	228	139	48	3	45	-
Dirigenti	9	34	25	4	1	3	-
Personale del comparto area amministrativo	80	194	114	44	2	42	-
TOTALE	1.482	2.430	948	516	199	297	20

Con l'adozione del piano triennale dei fabbisogni del personale per il triennio 2022-2024, l'Azienda programma il proprio fabbisogno in modo da coniugare l'esigenza di garantire la regolare erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) consolidando l'idea di sistema sanitario pubblico universalistico con gli obiettivi di equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale e con i vincoli di finanza pubblica vigenti. Tutto questo, in un contesto che deve comunque tener conto degli interventi normativi emanati durante il biennio precedente in materia di contenimento della pandemia COVID 19 e dell'esigenza di mantenere un livello di dotazione sufficiente per gestire eventuali e ulteriori ondate pandemiche.

La rappresentazione economica del PTFP rispetta gli obiettivi di spesa del personale concordati con la Regione Campania e orientati al rispetto, a livello regionale, del limite di spesa (articolo 2 comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191) corrispondente al valore della spesa sostenuta nel 2004

ridotta del 1,4%, tenuto conto delle variazioni organizzative del SSR e degli eventuali incrementi annuali del FSR stabiliti a livello regionale unitamente al perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

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

Il PTFP viene definito in coerenza con i principi generali in materia di piano dei fabbisogni, con gli indirizzi regionali (DGRC 593/2020 e DGRC 74/2022) che costituiscono la cornice normativa di riferimento per le politiche di gestione delle risorse umane, nonché con le recenti indicazioni contenute nella DGRC n.190 del 14/4/2023.

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

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

A ciò si aggiunga la complessità del momento caratterizzato anche in funzione delle emergenti necessità per far fronte agli impatti derivanti dalla fase post pandemica e dalla sua ripresa disomogenea, con il fine di rientrare nella regolarità delle prestazioni sanitarie e dei servizi e con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane rispetto a tali attività.

3.3.1 Piano Aziendale di Formazione

L'AORN ha elaborato l'allegato programma formativo aziendale per l'anno 2024 che si configura come strumento di pianificazione e monitoraggio delle attività formative. Tale documento viene redatto



con l'obiettivo di consentire l'arricchimento delle conoscenze, delle abilità tecniche e delle capacità comunicative e relazionali di tutto il personale, oltreché consentire l'acquisizione dei crediti formativi ECM per il personale avente l'obbligo. Lo strumento, inoltre, tiene conto delle recenti indicazioni contenute nella recente nota del Ministro della Pubblica Amministrazione, prot.MPA_430 del 24.1.2024.

Il programma formativo, come detto, viene riportato nell'apposito allegato al presente piano corredato di tutti gli elementi di dettaglio necessari alla comprensione dei singoli eventi.

Inoltre, in conformità al vigente Regolamento della Formazione e dai CC.CC.NN.LL., si favorisce l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale, anche esterni, mediante permessi di diritto allo studio.

Nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane, nonché, della conseguente valutazione individuale, è tenuta in consistente considerazione la partecipazione ai percorsi formativi aziendali ed extra-aziendali. Per i dirigenti è previsto tra gli obiettivi trasversali fissati nell'apposita sezione di questo piano uno specifico obiettivo per favorire la partecipazione ai vari percorsi formativi da parte di tutto il personale dell'azienda.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza

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

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

Si precisa che il monitoraggio costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il

complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Tale attività va svolta in modo continuativo per la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

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

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

4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile

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

Tale monitoraggio si espletterà attraverso:

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

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

4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale

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

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

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

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



ALLEGATI

- **Direttiva 2024 – Atto di indirizzo del Direttore Generale**
- **Allegati alla sottosezione 2.2 - Performance**
 - Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;
 - Schede di valutazione individuale – Area Comparto;
- **Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza**
 - Catalogo rischi
 - Misure di trattamento del rischio;
 - Obblighi di trasparenza
- **Allegato alla sottosezione 3.3**
 - Programma formativo aziendale 2024



ALLEGATO

Direttiva 2024 – Atto di indirizzo del Direttore Generale



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

DIRETTIVA 2024

- ATTO DI INDIRIZZO DEL DIRETTORE GENERALE -

Premessa

Ai sensi del D. Lgs. 502/1992, al Direttore Generale competono tutti i poteri di gestione, ovvero di rappresentanza legale dell'Azienda Ospedaliera, nonché poteri di verifica della *corretta ed economica gestione* delle risorse attribuite ed introitate e dell'*imparzialità e buon andamento* dell'azione amministrativa.

A questi poteri se ne aggiungono altri, in virtù delle modifiche apportate dal D.Lgs. 229/1999 che conferisce al Direttore Generale la responsabilità della *gestione complessiva* dalla quale discendono competenze operative e direzionali di ampio raggio.

In particolare, il medesimo è responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi, programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria, anche secondo quanto disposto dall'art.14 del D.Lgs. n.165/2001. Chiaramente, le scelte di programmazione si fondano sul Piano Sanitario Nazionale, su quello Regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione nel rispetto dei vincoli normativi nazionali: la sostenibilità economica del SSR, che si realizza attraverso un utilizzo appropriato delle risorse, viene declinata a livello regionale fino alla singola Azienda, sviluppando, nei vari livelli di responsabilità, la capacità di rendicontare quanto viene erogato e rafforzando la regola generale della valutazione annuale del Direttore Generale basata sugli obiettivi assegnatigli dalla Giunta Regionale. A tal proposito, **la presente Direttiva del Direttore Generale, di cui all'articolo 14, del decreto n. 29/93, elaborata ai sensi dell'art.10 del "Regolamento di Amministrazione e Contabilità" approvato da questa A.O.R.N. con deliberazione n. 383 del 14 giugno 2018**, è un documento programmatico che ha lo scopo di definire gli obiettivi annuali, oltre di natura strategica a carattere generale e di natura specifica a carattere strettamente sanitaria, nonché quelli propri delle strutture aziendali volti al potenziamento e all'innovazione dell'offerta sanitaria. La direttiva individua le linee di sviluppo annuali, le azioni e le aree di intervento aziendali da attuarsi in sintonia con le linee di indirizzo strategiche della programmazione sanitaria regionale e, nel caso dell'AORN, nel rispetto del piano ospedaliero regionale. La direttiva identifica, in sostanza, i principali risultati da realizzare, in relazione anche agli indicatori stabiliti dalla documentazione di bilancio per centri di responsabilità e per progetti-obiettivi, e determina, in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi di miglioramento, eventualmente indicando progetti speciali e scadenze intermedie. Essa definisce altresì i meccanismi

e gli strumenti di monitoraggio e valutazione. Il tutto viene dettagliatamente e meglio documentato nel piano della performance che sviluppa le indicazioni della direttiva.

Il Collegio di Direzione, in qualità di organo consultivo della Direzione strategica, contribuisce a fornire gli elementi per l'elaborazione della Direttiva annuale.

A riguardo nella seduta del 23 gennaio 2024 del Collegio di Direzione il Direttore Generale ha tracciato le principali linee di attività e i principali investimenti posti come obiettivo del 2024. Il collegio ha provveduto a evidenziare ulteriori ed importanti prestazioni innovative su cui concentrare le attività quali opportunità di crescita dell'offerta sanitaria.

1. Il Contesto Normativo

I contenuti della Direttiva concorrono, inoltre, all'assolvimento degli adempimenti normativi nazionali e regionali di riferimento, in particolare:

- D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- Legge Regionale n. 32 del 4 novembre 1994 e s.m.i. ;
- DCA n. 99 del 14/12/2018 avente ad oggetto: “Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del S.S. Campano ex art. 2, comma 8, legge 23.12.2009 n. 191”, come modificato ed integrato dal DCA n. 6 del 17.01.2020;
- DCA n. 103 del 28.12.2018 ad oggetto: “Piano Regionale di Programmazione della rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018”;
- DCA n. 63 del 29.07.2019 ad oggetto: “Approvazione Rete Regionale Stroke”;
- DCA n. 101 del 06.12.2019 ad oggetto: “Riorganizzazione dei flussi della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Sistema TS: Linee di indirizzo”;
- DCA n. 103 del 06.12.2019 ad oggetto: “Sistema Regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali”;
- DCA n. 6 del 17.01.2020 ad oggetto: “Approvazione del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191”. Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019”;

- D.C.A. n. 52 del 04.07.2019 Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRG LA 2019/2021), come modificato dal DCA n. 23 del 24.01.2020 ad oggetto: “Modifica ed Integrazione del D.C.A. n. 52 del 04.07.2019;
- DGRC n. 274 del 03.06.2020 avente per oggetto la nomina del Direttore Generale dell’A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta con annessi obiettivi;
- D.L. 19 maggio 2020 n.34 ad oggetto: “Misure urgenti in materia di salute.....connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19”;
- D.G.R.C. n.378 del 23.07.2020: “Adozione 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. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020”;
- D.G.R.C. n. 543 del 02.12.2020: “Adozione del Programma operativo per la gestione dell’Emergenza da Covid-19 per gli anni 2020 e 2021”;
- D.G.R.C. n. 690 del 29/12/2020 relativa all’approvazione del “Piano Operativo regionale per il recupero delle prestazioni non erogate nel periodo emergenziale ai sensi del atr. 29 DL n. 104/2020, come integrata e aggiornata dalla D.G.R.C. n. 353 del 04.08.2021;
- DGRC n. 210 del 04/05/2022 ad oggetto: “Approvazione fabbisogno regionale di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e degli obiettivi di produzione per le Aziende Sanitarie pubbliche per gli anni 2022 – 2023”;
- D.G.R.C. n.190 del 19.04.2023: “Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSR”;
- DGRC n.465 del 27/7/2023 ad oggetto: “A.O.R.N Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Nomina Direttore Generale”;
- DGRC n.654 del 16/11/2023 ad oggetto:” ATTO AZIENDALE AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO DI CASERTA. APPROVAZIONE.”

2. Il contesto Ambientale e Organizzativo-Funzionale. La Mission

L'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è un ente pubblico senza scopo di lucro che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie di alta specialità, finalizzate a garantire la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dalle patologie che costituiscono l'oggetto dei servizi offerti dalle unità operative in cui si articola.

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

- sede degli interventi, delle attività e delle funzioni di DEA di II livello (Dipartimento di emergenza-urgenza-accettazione);
- sede del Bleeding center per le emergenze gastroenterologiche;
- sede del Coordinamento donazione e prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto;
- Centro di riferimento per le valutazioni immunoematologiche;
- Centro di riferimento per gli impianti cocleari.

Riferimento territoriale: province di Caserta, Avellino, Benevento

- sede del Coordinamento del trasporto neonatale di emergenza;
- Centro traumi di alta specializzazione e Centro traumi di zona della Rete del sistema integrato per l'assistenza al trauma e sede di Neuroriabilitazione - Unità spinale e Riabilitazione intensiva;
- Centro di riferimento per la sicurezza trasfusionale;

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

nell'ambito della Rete ospedaliera regionale, organizzata in hub -centri di riferimento- e spoke -centri periferici:

- Hub di II livello per l'ictus cerebrale acuto;
- Hub di II livello per la Rete IMA (Infarto miocardico acuto) e Centrale operativa cardiologica del DIE (Dipartimento integrato delle emergenze);
- Spoke di II livello per la Rete di emergenza pediatrica;
- Spoke di II livello per la terapia del dolore;

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

Nell'ambito della Rete oncologica campana (ROC):

Sede del Centro oncologico regionale polispecialistico (CORP) di II livello, che opera attraverso i Gruppi oncologici multidisciplinari (GOM) per l'effettuazione dei Percorsi diagnostici-terapeutici-

assistenziali (PDTA) in caso di neoplasie alla mammella, all'apparato colon-retto-gastrico, alla cervice uterina, al pancreas, e in caso di melanoma.

In tale contesto, la Mission dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano:

- eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo
 - interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza;
 - visite mediche, assistenza infermieristica, atti e procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative necessarie per risolvere i problemi di salute del cittadino;
 - continuità dell'assistenza senza interruzioni nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi;
- partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno-infantile e degli anziani;
- promuove la ricerca, la didattica, la formazione, la qualificazione professionale e scientifica e l'addestramento del personale.

I principi cui si ispira per raggiungere gli obiettivi che costituiscono la propria mission, sono i seguenti:

- tutela della salute;
- centralità della persona;
- universalità, eguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi offerti;
- garanzia dei livelli essenziali di assistenza e di appropriatezza delle prestazioni;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali a disposizione.

La struttura organizzativo-funzionale con cui viene perseguita la mission è quella dipartimentale.

I Dipartimenti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

L'organizzazione dipartimentale comporta la necessità di sottolineare alcuni aspetti particolarmente delicati nell'ambito gestionale come:

- a) prevedere l'attribuzione dei posti letto al Dipartimento e non alle singole strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale, individuando orientativamente il numero di posti letto che vengono utilizzati mediamente dalle singole strutture complesse o semplici;

- b) prevedere l'attribuzione dell'organico al Dipartimento e le risorse umane destinate alle singole Strutture;
- c) precisare che le funzioni di direzione, che competono al dirigente delle strutture complesse, sono esercitate con piena autonomia nel campo clinico-assistenziale, secondo le linee guida adottate dal Dipartimento;
- d) prevedere che il conferimento della responsabilità delle strutture dipartimentali, semplici e degli incarichi sia effettuato dal Direttore Generale su proposta congiunta del Direttore di Dipartimento e del responsabile della struttura complessa di riferimento, secondo i criteri previsti dal CCNL e dal Contratto integrativo aziendale, se non diversamente e dettagliatamente regolamentato.

3. La gestione dell'esercizio 2022 e del pre-consuntivo 2023

3.1 Il ritorno alla gestione ordinaria dopo l'emergenza pandemica

La gestione degli esercizi 2021 e 2022, come quella del 2020, è stata caratterizzata dall'evento straordinario della pandemia da Coronavirus (Covid-19) che, nelle sue ondate, ha continuato a stravolgere le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria soprattutto nelle aziende sanitarie pubbliche.

L'A.O.R.N. ha fronteggiato la pandemia, nelle sue fasi, fornendo assistenza, nelle varie intensità di cura, con propri professionisti ponendo in essere ogni adempimento necessario.

Nel corso dell'anno 2023, contemporaneamente, si è ritornati alle ordinarie attività organizzative volte a garantire il ripristino delle attività assistenziali pre-pandemia, anche ripristinando progressivamente l'assetto dell'Ospedale con l'attribuzione storica dei posti letto per Unità Operativa ed il ripristino della destinazione di origine restituendo ordine ed efficientamento organizzativo alle funzioni clinico assistenziali.

È stato dato nuovo impulso a tutte le attività sia ambulatoriali che di ricovero ed alle attività operatorie e per perseguire l'obiettivo di abbattere le liste di attesa veniva approntato un piano di recupero delle prestazioni che non era stato possibile erogare a causa dallo stato di emergenza generato dalle necessità dei pazienti covid, reso possibile da un finanziamento dedicato stanziato dalla regione.



Le linee guida della gestione sono riassunte nel P.I.A.O. (2023-2025) adottato dalla Direzione di questa AORN con deliberazione n. 295 del 29/3/2023 e rimodulato con deliberazione n.905 del 6/10/2023, quale strumento di pianificazione e programmazione e predisposto nel rispetto del quadro dispositivo regionale con l'obiettivo del miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Il Piano è stato redatto, partendo dalla Direttiva del DG 2023, garantendo, tra l'altro, un soddisfacente andamento gestionale perseguendo il continuo obiettivo del contenimento dei costi e, più precisamente: a) il rispetto della normativa e delle disposizioni in materia di adempimenti contabili e gestionali, ed in particolare il rispetto dei tempi di pagamento; b) un'attenta gestione del personale attraverso il reclutamento del personale come previsto dal PTFP adottato, la stabilizzazione del personale precario prevista dalla legge 234/2021 art. 1, comma 268, lett. b), l'eliminazione del ricorso al lavoro somministrato; c) tutti gli adempimenti e aggiornamenti in materia di Percorso Attuativo della Certificabilità.

D'altra parte la gestione è stata sempre orientata al rispetto degli obiettivi di natura sanitaria con riferimento a quelli previsti dalla griglia LEA e nuovo sistema di garanzia, al rispetto della tempistica per le liste di attesa e l'ALPI, nonché al perseguimento degli obiettivi di edilizia sanitaria, dell'utilizzo dei fondi PNRR, del rispetto della normativa e tempistica in materia di flussi.

4. La Programmazione per il 2024

In generale, la programmazione di qualsiasi attività non può prescindere dagli obiettivi di carattere generale e dagli obiettivi specifici di natura Preliminare e Tematici assegnati all'azienda con la DGRC n.465 del 27.7.2023 in occasione del conferimento del nuovo incarico al Direttore Generale, e che possono essere di seguito riepilogati:

1) Obiettivi di carattere generale:

- a) *il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- b) *Il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;*
- c) *il rispetto dei tempi di pagamento.*

2) Obiettivi specifici:

- a) *garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;*
- b) *rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramuraria;*
- c) *continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;*
- d) *obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022;*

3) Obiettivi tematici:

- a) *attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;*
- b) *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;*
- c) *erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali.*

I suddetti obiettivi risultano, quindi, anche coerenti con il "Piano triennale di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191" il quale definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale

secondo le direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione, individuando al tempo stesso gli obiettivi che costantemente devono essere perseguiti:

- Mantenimento dell'equilibrio economico
- Miglioramento della qualità dell'assistenza
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio
- Arruolamento e formazione continua del personale

4.1 Declinazione degli Obiettivi aziendali alle articolazioni aziendali

L'Azienda è tenuta a far propri e persegue gli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico assicurandone annualmente il loro perseguimento e, nell'arco temporale definito, il loro conseguimento mediante l'esercizio dell'autonomia imprenditoriale e l'utilizzo in modo efficiente di tutte le risorse aziendali. La Direzione aziendale si impegna a monitorare costantemente il grado di raggiungimento degli obiettivi, predisponendo appropriati strumenti di rendicontazione, e comunicando i risultati a tutti i portatori di interesse, coinvolti a vario titolo, nella gestione aziendale.

Il principale obiettivo da perseguire nella prima parte dell'anno e in linea con la programmazione regionale è sicuramente l'Applicazione del nuovo Atto Aziendale approvato dalla Regione Campania con DG n. 654/2023.

Al riguardo la Direzione ha predisposto un cronoprogramma con indicazione di attività, azioni e tempistica che prevede entro metà anno la messa a regime della nuova organizzazione e funzionalità aziendale.

4.1.1 Indirizzi di natura economico-finanziaria volti al mantenimento dell'equilibrio economico

L'azienda dovrà esercitare la propria azione ispirandosi al rispetto dei seguenti elementi:

- Garantire il rispetto degli indirizzi economici nazionali e regionali;
- Preservare l'equilibrio economico aziendale;
- Migliorare, ove possibile, il rapporto Produzione/Costi attraverso una ottimizzazione di fattori produttivi e un miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni

Occorre in questa sede preliminarmente evidenziare che l'Azienda opera in regime di **equilibrio economico finanziario** ormai dal 2017 e che l'impiego dei fattori produttivi, dei costi del personale e degli investimenti dovrà essere posto in essere sempre guardando a tale principale obiettivo. Circa **i tempi di pagamento**, la Centrale Unica di Pagamento (SoReSa), cui l'Azienda ha aderito dal 2016, è attiva per tutti i tipi di pagamenti e tanto consente una loro riduzione. L'entrata a regime del (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile in ambiente SAP per la gestione della contabilità generale sta facilitando la riduzione del ciclo di liquidazione e, dunque, del pagamento del fatturato passivo, dopo una prima fase di difficoltà. Nonostante però i tempi di pagamento avvengano entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitoria pregressa inficia le performances dell'ITP. L'azzeramento della debitoria pregressa standardizzerà anche l'ITP.

In merito alla Certificabilità del Bilancio Aziendale, obiettivo è l'implementazione di un impianto amministrativo-contabile necessario all'accompagnamento della Certificabilità del Bilancio ponendo in essere un Percorso Attuativo di Certificabilità che prevede un cronoprogramma di azioni con delle responsabilità da parte dei direttori/responsabili di struttura preposti. Al riguardo fondamentale è lo sviluppo ed avviamento operativo di un sistema di controllo interno per l'implementazione del sistema di Internal Audit. In attesa della sua completa implementazione, l'azienda ha provveduto all'aggiornamento del PAC con l'individuazione dei dirigenti responsabili delle varie linee di attività che stanno procedendo, sostanzialmente, in linea con le tempistiche del cronoprogramma. La Regione, inoltre, ha tenuto alla fine del 2021 un ciclo formativo di approfondimento sull'argomento, al quale hanno partecipato diversi dipendenti dell'azienda.

Come esposto nella relazione allegata, con deliberazione n. 63 del 31/01/2022 è stato adottato il Manuale delle procedure e delle linee di attività del PAC Aziendale.

Per tutto quanto sopra descritto, in un quadro di miglioramento continuo dell'attività amministrativo contabile, va quindi sottolineato che l'anno 2023 è stato incentrato anche sulla prosecuzione delle attività di Internal Auditing al fine, non solo, di consolidare e sostenere gli obiettivi raggiunti, ma, altresì, tendere alla manutenzione e aggiornamento costante delle procedure adottate in previsione del superamento dell'implementazione funzionale delle stesse. Tali attività sono proseguite durante tutto l'anno e, su indicazione dei vari responsabili delle linee di attività del PAC, hanno condotto all'elaborazione delle schede allegate del PAC che sono state, da ultimo, aggiornate rispetto all'attuale stato di avanzamento limitatamente alla voce "Fasi procedurali azione".

Obiettivo del primo semestre 2024 è proseguire nelle attività di audit interno per la verifica della completezza e adeguatezza delle procedure previste.

4.1.2 Indirizzi di natura sanitaria volti al conseguimento degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del S.S. Campano

L'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione ai suoi bisogni, ai suoi valori a garanzia delle decisioni cliniche prese in suo favore. Solo seguendo questo modello e programmando il sistema assistenziale intorno al paziente, la Regione Campania consoliderà percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e migliorerà gli *outcome* attesi in termini di qualità di vita e sopravvivenza, con ripercussioni per l'amministrazione in termini di appropriatezza di spesa ed equilibrio economico-finanziario.

In tale ottica, fermo restando ogni ulteriore e sopraggiunta esigenza collegata al perdurare, sebbene in misura molto minore rispetto agli anni precedenti, della fase pandemica, per la quale ogni singola azienda sanitaria molto ha speso in termini di attività e risorse nel periodo 2020-2022, deve muoversi l'azione sanitaria anche dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano.

- **Efficientamento del Pronto Soccorso:**

Attraverso l'implementazione di una serie di azioni di seguito enunciate tutte tese a rendere più efficiente la governance della domanda assistenziale e prevenire il sovraffollamento cronico con il fine ultimo di effettuare un concreto miglioramento clinico organizzativo.

Dovranno essere portati a termine:

- a) le autorizzazioni per l'esercizio dell'OBI con posti letto dedicati i cui lavori sono stati ultimati nel 2023;
- b) l'adeguamento dell'area triage con posti letto di prima assistenza e inquadramento del paziente;
- b) completamento installazione nuova TC e costituzione di una radiologia di urgenza all'interno del PS;

- c) modifiche funzionali: attuazione del triage bifasico con la formazione del personale per tale attività, istituzione della figura dell'Emergency Manager e del Bed Manager per rendere più fluidi i processi di risposta alla domanda assistenziale;
 - c) completamento delle tecnologie comunicative per migliorare l'informazione ai familiari;
 - e) percorsi dedicati a pazienti che hanno subito atti riconducibili alla violenza di genere;
 - f) standardizzazione a regime di percorsi fast track per pazienti a bassa complessità assistenziale di chiara competenza monospecialistica
- **Potenziamento delle attività onco-ematologiche:**
GOM: nel 2023 sono stati rimodulati ed integrati i GOM Aziendali. Infatti con delibera n. 906 del 06/10/2023, nel confermare il responsabile del CORP, sono stati potenziati i GOM che vedono interessata l'Azienda e individuati i nuovi referenti aziendali.
Obiettivo per il nuovo anno dovrà essere l'ulteriore implementazione del numero dei casi trattati in ogni GOM e la presa in carico del paziente nel rispetto dei tempi previsti a seguito dell'attivazione dello stesso. Per raggiungere tale obiettivo sono state perfezionate convenzioni con l'AOU Federico II per la specialità Epato-bilo-pancreatica e con l'AOU Vanvitelli per la Chirurgia Toracica al fine di potenziare e completare le professionalità per la gestione dei GOM delle neoplasie del fegato e del polmone.
 - **Adeguamento e potenziamento delle reti tempo-dipendenti**
Obiettivo aziendale sarà quello di riconfigurare la Rete Ospedaliera dell'Emergenza/urgenza al fine di migliorare la qualità dell'assistenza nel rispetto dei tempi previsti per le procedure d'urgenza salvavita:
Rete IMA Con il DCA n. 64/2018 l'AORN è stata inserita nella rete IMA della Regione Campania modificando la matrice dell'emergenza/urgenza regionale.
Per l'anno 2024 l'AORN deve continuare a potenziare la sua influenza ed il suo ruolo, grazie anche ad un potenziamento dell'UTIC (con il nuovo atto Aziendale è stata elevata a Unità Dipartimentale con 12 posti letto) e della nuova struttura complessa di Rianimazione Cardio-vascolare;
Rete ICTUS. Con DCA 63/2019 la Stroke Unit dell'AORN è stata riconosciuta come Stroke Unit di II Livello nell'ambito della rete per il trattamento dell'Ictus per la macro area Caserta. Dal 2022 è stata implementata l'attività della Neuroradiologia Interventistica estendendola da h 6 ad h 12 grazie all'assunzione di 3 nuovi neuroradiologi e si è proceduto con i lavori per la

realizzazione del reparto di degenza della Stroke Unit (attualmente il paziente con ICTUS è assistito nell'U.O.C. di neurologia.)

Nel 2023 si è proceduti all'apertura del reparto di degenza di Strok Unit con 4 posti letto. Obiettivo 2024 è l'estensione dell'attività di neuroradiologia interventistica ad H 24 realizzando così l'obiettivo regionale di un centro di un secondo livello per l'ICTUS presso la nostra AORN che consente la presa in carico globale del paziente con ictus ischemico o emorragico consentendogli il trattamento sia medico che interventistico/chirurgico sia ischemico che emorragico.

- **Potenziamento delle prestazioni di specialistica per l'abbattimento delle liste di attesa**

Nel corso del 2023 sono stati conseguiti risultati discreti nel raggiungimento dell'obiettivo dell'abbattimento delle liste di attesa soprattutto in ambito specialistico e della diagnostica considerata l'apertura all'esterno di alcune prestazioni come la RMN.

Anche con particolare riferimento alle "Branche a visita" e alla Cardiologia, l'obiettivo del 2023 è stato parzialmente raggiunto per effetto del potenziamento delle sedute ambulatoriali. In alcuni casi sono stati raggiunti i volumi prestazionali del 2019, come prefissato dalla direzione. Nel corso del 2024 ogni sforzo deve concentrarsi verso un ulteriore incremento delle prestazioni.

- **Obiettivo NSG H18C - Parti cesari**

L'obiettivo fissa al 25% la percentuale massima di parti cesari in pazienti primipare.

Per il raggiungimento dell'obiettivo il direttore dell'Unità Operativa dovrà attuare tutte le azioni necessarie per il raggiungimento del target fissato per questo indicatore. Tra queste, dovrà essere incentivato in collaborazione con il direttore della UOC anestesia e Rianimazione il ricorso ai parti in analgesia adeguando l'organizzazione dipartimentale e delle UU.OO. coinvolte, per disincentivare il ricorso ai parti cesarei.

Compito 2024 del direttore del dipartimento dovrà essere quello di realizzare quanto previsto dalla programmazione regionale; il monitoraggio e le disposizioni necessarie restano in capo alla direzione sanitaria aziendale;

- **Iniziative per favorire donazioni di organi e tessuti:** attivato lo sportello trapianti all'interno dell'AORN per sensibilizzare gli utenti alla donazione fornendo le informazioni necessarie, compito del nuovo responsabile sarà quello di intensificare i rapporti col centro

regionale trasmettendo a livello aziendale tutte le iniziative di sensibilizzazione già sperimentate e di realizzare un maggior numero di donazioni rispetto a quelle effettuate nell'anno incorso.

- **Introduzione in azienda tecnologie di alta fascia:** L'Azienda ha presentato nel 2023 due progettualità da realizzare con i fondi residui POR FESR 2014-2020 dei quali uno prevede il potenziamento di RM e TC di alta fascia per favorire l'erogazione delle prestazioni richieste nell'ambito delle reti IMA e ICTUS. La TC è stata acquisita, obiettivo 2024 è l'acquisizione di una seconda RM, d'altra parte l'indirizzo aziendale resta quello della chirurgia robotica, che dovrà perfezionarsi nella prima metà del 2024. Occasione è la realizzazione delle nuove sale operatorie, con in progetto una sala ibrida, il cui termine dei lavori è previsto per fine 2024.
- **Ottimizzazione e Potenziamento delle Sale Operatorie:** Con l'applicazione del nuovo atto aziendale che prevede una seconda struttura complessa di Anestesia e TI Cardiovascolare e una diversa organizzazione delle Sale Operatorie generali, l'azienda si pone l'obiettivo di potenziare il numero degli interventi chirurgici da effettuare nel corso del 2024. I rispettivi responsabili presenteranno soluzioni, condivise con la direzione sanitaria, tali da impiegare le sale in modo ottimale utilizzando tutte quelle dedicate h 12 per l'attività in elezione. Obiettivo è un incremento nel 2024 del 10% rispetto al 2023 delle sedute operatorie con miglioramento della complessità degli interventi.
- **Potenziamento Area Servizi:** Diagnostica (azzeramento tempi attesa interni e potenziamento offerta esterni con particolare riferimento alle prestazioni RM) e Laboratorio per esterni devono attivarsi per realizzare un incremento delle prestazioni in risposta alle disposizioni della DGRC 210/2022. I fabbisogni di risorse e/o attrezzature nel rispetto dei piani proposti vanno valutati e finalizzati al raggiungimento dei risultati.
- **Implementare azioni di promozione dell'equità in Azienda.**
Obiettivi aziendali da realizzare nell'anno 2024 in tale ambito dovranno essere:
 - a) Umanizzazione degli spazi di cura e revisione della segnaletica per migliorare l'accesso ai servizi;
 - b) Promozione del benessere dei lavoratori con l'obiettivo di incrementare un clima di collaborazione e resilienza per contrastare lo stress lavoro-correlato (PNP 2020) rinnovando

l'offerta formativa rivolta agli operatori nel 2022 con i percorsi formativi che riguardano la gestione dello stress e delle situazioni conflittuali, la gestione del tempo, gli stili di vita;

c) Redazione ed Implementazione del Piano Aziendale sull'Equità della Salute che dovrà includere: Bilancio di Genere; Piano di Uguaglianza di Genere (G.E.P.), Codice di Condotta Aziendale avente per oggetto il contrasto alle discriminazioni e alle molestie sessuali e morali, Piano di Azioni Prioritarie.

- **Miglioramento offerta servizi orientati all'utenza**

Tra i diversi interventi previsti per migliorare l'offerta dei servizi verso l'utenza, va, prima di tutto, citato l'ambizioso programma, in piena fase di esecuzione, per l'evoluzione e l'ammodernamento della logistica ospedaliera e del parco di attrezzature tecnologiche in dotazione alle varie articolazioni aziendali. Per i dettagli, si vedano i paragrafi dedicati riportati in seguito.

Inoltre, l'azienda sta attuando un ampio programma di ammodernamento di tutta la segnaletica aziendale che è in piena fase di sviluppo ed attuazione e che dovrà proseguire e completarsi durante l'anno 2024.

- **Integrazione Ospedale –Territorio**

Tra le criticità individuate nelle gestioni precedenti, vi è l'insufficiente integrazione con i servizi territoriali. Per rimediare a queste evidenze, l'azienda ha attuato una serie di iniziative, in partnership con le aziende territoriali che sono già in corso e che dovranno proseguire per tutto l'anno 2024, rimediando in maniera significativa alle carenze precedentemente emerse. Tra queste, va citata l'iniziativa in corso con l'azienda territoriale per la gestione dei codici minori in Pronto Soccorso, consentendo, così, di liberare risorse umane da dedicare alla gestione dei codici più importanti.

Inoltre, sempre nell'ambito delle iniziative in essere con le aziende territoriali, va citata la convenzione stipulata con l'ASL di Caserta per l'esecuzione di consulenze di neurochirurgia presso quest'azienda.

Infine, l'azienda, come già argomentato sopra, proseguirà nel potenziamento della rete tempodipendenti, in particolare, Rete IMA e Rete ICTUS.

4.3.2 Obiettivi specifici di natura preliminare e NSG da perseguire nel 2024

Oltre al perseguimento degli obiettivi di natura strategica collegati alla programmazione regionale è dovere istituzionale porre in essere tutte le azioni volte ad assicurare gli obiettivi di natura sanitaria:

- a) Rispetto dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA), nonché dei nuovi obiettivi fissati dal Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (NSG);
- b) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie.

Il rispetto dei tempi massimi previsti per le liste di attesa, strettamente correlato con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rappresenta un obiettivo di continuo monitoraggio e intervento. Correlate alle liste di attesa è l'organizzazione, l'autorizzazione, lo svolgimento e il controllo dell'ALPI.

Nel 2024 occorre intensificare, in linea con le disposizioni regionali e la normativa nazionale, l'abbattimento delle liste di attesa, anche mediante aggiunta di sedute e l'utilizzo dei fondi accantonati e previsti dalla legge Balduzzi. In merito all'ALPI, dopo aver approvato il regolamento ALPI nel 2023 in attuazione alla DGRC n. 46/2022 (tuttora in rielaborazione e di prossimo aggiornamento a seguito dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale), le aspettative per il 2024 sono quelle di un'ulteriore ripresa dell'attività che faccia da traino e da stimolo anche per il potenziamento dell'attività istituzionale con conseguente miglioramento delle liste di attesa.

- c) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

La realizzazione di un sistema di monitoraggio dei flussi informativi ha come *mission* quella di:

- a) analizzare la spesa ed il consumo dei determinanti sanitari al fine di monitorare ed ottimizzare l'appropriatezza degli interventi in sanità (Health Technology Assessment);
- b) elaborare specifici indicatori a supporto della Direzione Generale per la definizione e verifica dei programmi sanitari nonché per recuperare l'appropriatezza;
- c) valutare l'impatto delle politiche sanitarie nella reale pratica clinica;
- d) promuovere la qualità e migliorare gli esiti dell'assistenza attraverso una continua formazione/informazione a tutti gli operatori sanitari.

Nel 2024 occorre una puntuale alimentazione di tutti i flussi NSIS, sia di natura sanitaria, che tecnica. L'obiettivo è il rispetto dei tempi di trasmissione, della correttezza di indicazioni e della completezza dei dati come da circolare Ministero della Salute 9016 del 07/06/2019.

Per tali adempimenti occorre non solo l'impegno dei professionisti materialmente deputati, ma la collaborazione di tutti gli attori aziendali che producono e alimentano le varie tipologie di dati da inviare. A tal proposito fondamentale è una quotidiana, collaborativa e fattiva comunicazione interna.

4.4 Indirizzi per la formazione

È necessario adeguare l'offerta formativa, la sua equità e porre una particolare attenzione allo sviluppo di modalità innovative di apprendimento (*e-learning*, formazione sul campo) al fine di rendere la formazione sempre più vicina ai differenti e molteplici destinatari, nonché ai bisogni del cittadino/paziente che dovrà essere orientato non solo su tematiche relative agli ambiti di interesse di specialità di pertinenza, ma anche su tematiche rientranti negli ambiti delle conoscenze necessarie per governare i processi organizzativi sia operativi che gestionali.

In tal senso, l'azienda, mediante le attività dell'apposito comitato tecnico-scientifico, ha definito un articolato programma formativo per l'anno 2024, che sarà allegato al PIAO 2024-2026, articolato secondo alcune linee di azione principali, tra cui si possono individuare l'effettuazione di corsi sull'equità (monitoraggio LEA), corsi sulla prevenzione del rischio, oltre a corsi su svariati ambiti tematici afferenti alle varie specialità.

4.5 Aggiornamento apparecchiature a media tecnologia

Per dare attuazione a tali programmi l'azienda ha lavorato alla creazione di appositi percorsi finanziabili attraverso il ricorso ai fondi di cui al PNRR.

La garanzia di dotazioni tecnologiche moderne ed efficienti, coniugata all'ammodernamento dei sistemi informativi che consentano in tempo reale la trasmissione dei dati sanitari necessari, anche a supporto di una corretta diagnostica, consentirà di elevare la parità di accesso ai servizi sanitari. Nel 2021 è stata riattivata la commissione HTA (Health Technology Assessment), al fine di adeguare il parco tecnologico alle nuove tecnologie anche per la riduzione del rischio clinico. Ad inizio gennaio

2024 con deliberazione n. 65 è stato approvato il piano di rinnovo delle apparecchiature elettromedicali a media tecnologia. Obiettivo da perseguire nel 2024 è la sostituzione, nel rispetto dello stato di obsolescenza, delle attrezzature necessarie a garantire una adeguata e aggiornata offerta sanitaria.

4.6 Indirizzi in materia di edilizia sanitaria

L. 67/88 III fase, avanzamento lavori:

- Realizzazione palazzina per Radioterapia con l'installazione di n. 2 acceleratori lineari, PET TC e Medicina Nucleare. I Lavori sono in corso; è prevista secondo cronoprogramma la loro ultimazione a metà del 2025. Costituirà attività fondamentale del 2024 il monitoraggio continuo volto ad anticiparne la conclusione;
- Nuovo blocco operatorio n. 8 sale operatorie di cui una sala ibrida. Lavori in corso: consegna lavori prevista per dicembre 2024.

Fondi PNRR/PNC:

- aggiudicata gara da SoReSa per i lavori di abbattimento e ricostruzione di una porzione dell'ospedale per un importo di oltre cinquanta milioni di euro. Inizio dei lavori previsto per il mese di marzo 2024 e loro prosecuzione secondo cronoprogramma.

Obiettivi aggiuntivi dell'AORN da raggiungere nel 2024, secondo la cronologia presentata, sono:

- Potenziamento e ampliamento ascensori al DEA,
- Prosecuzione nella riorganizzazione logistico strutturale di alcune unità operative come Anatomia Patologica, Chirurgia Vascolare, Ambulatori di Chirurgia Maxillo Facciale, Parco Ambulanze, magazzino economale.

4.7 Indirizzi in materia di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione

Sulla materia saranno attuate tutte le indicazioni di legge e le iniziative utili ad implementare le tematiche relative, secondo le seguenti principali linee d'azione:

- Garantire i presupposti organizzativi per l'attuazione e il monitoraggio del programma della trasparenza;

- Garantire la pubblicazione dei dati a garanzia della trasparenza amministrativa;
- Garantire le iniziative in tema di prevenzione della corruzione.

Gli indirizzi e le prescrizioni in materia andranno riportate, come da normative, all'interno del P.I.A.O. 2024-2026.

4.8 La Programmazione in ottica Dipartimentale

Negli ultimi anni si è dato sviluppo una struttura organizzativa incentrata sui Dipartimenti, riconoscendo agli stessi un'autonomia decisionale nella gestione delle risorse sia umane che tecnologiche e nell'operatività funzionale per il raggiungimento degli obiettivi strategici e gestionali condivisi con la direzione. Al tempo stesso sono stati coinvolti nella definizione degli obiettivi strategici e nella programmazione da porre in essere per il raggiungimento degli stessi e in linea con la programmazione regionale. In tale ottica, gli indirizzi della presente direttiva derivano anche dalla condivisione avuta in ambito del collegio di direzione che si fa portavoce delle proposte dipartimentali e delle singole unità operative. Le proposte di queste ultime sono esplicitate nelle riunioni dipartimentali i cui verbali sono trasmessi alla direzione strategica per presa visione delle proposte che possono tradursi in specifici obiettivi a livello dipartimentale e di unità operativa in sede di PIAO.

Come indirizzo di natura generale, l'obiettivo che si intende perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale per l'anno 2024 è l'attuazione del dipartimento Testa Collo, come previsto dall'Atto Aziendale approvato dalla Regione con DGRC 654/2023. In tale ottica è stato predisposto e in corso di adozione un nuovo regolamento per il funzionamento dei dipartimenti che prevede il passaggio dall'attuale organizzazione e quella prevista dal nuovo atto aziendale.

Per un miglioramento del funzionamento dipartimentale e come emerge dalle riunioni dipartimentali, occorre perseguire:

- la ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione strategica e direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;

- l'ottimizzazione dell'accesso del paziente alle cure e la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati e condivisi strutturati anche attraverso l'elaborazione di PTDA;
- il miglioramento dei tempi di degenza;
- continuare a perseguire la riorganizzazione logistico funzionale e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie;
- potenziare l'offerta assistenziale implementando nuove prestazioni o potenziando quelle già esistenti;
- miglioramento degli indicatori di performance sia assistenziali che organizzativi
- FSE;
- potenziamento Specialistica ambulatoriale.

4.9 Monitoraggio periodico

L'azienda ha implementato un articolato sistema per la gestione ed il monitoraggio delle attività. È stata elaborata un'apposita reportistica che consente di monitorare le attività delle varie UU.OO. correlandole alla definizione dei costi e dei ricavi. Il monitoraggio viene, di norma, eseguito trimestralmente verificando l'andamento delle attività, sia con riferimento al rispetto degli indicatori del NSG, sia con riferimento all'andamento dei costi/ricavi. La reportistica per l'effettuazione dei monitoraggi viene prodotta dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione e dalla UOC Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi Informativi.

5 Conclusioni

La presente direttiva sintetizza l'insieme delle attività espletate dall'Azienda, associando, a ciascuna di esse, i relativi obiettivi, in coerenza con gli sviluppi dei documenti programmatici vigenti, assicurando la continuità dei processi per lo svolgimento dei compiti assegnati ai Centri di Responsabilità. Nel contempo, mira ad introdurre, nella gestione e nell'organizzazione delle risorse, processi di innovazione, di riforma e di snellimento e maggiore trasparenza, imposte dalle misure di razionalizzazione introdotte dal D.Lgs. n.150 del 2009.

Per il 2024 l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta conferma, anche nella prospettiva di attuazione del ciclo della performance aziendale la cui programmazione oggi viene definita con l'adozione del PIAO, il mandato istituzionale articolato in aree tematiche nella logica della BSC come strumento di responsabilizzazione diffusa.

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta prosegue nell'attuazione del programma dei molteplici investimenti sulle proprie strutture con l'obiettivo di migliorare e potenziare l'offerta sanitaria e il sistema dell'accoglienza ospedaliera, ampliando l'offerta di servizi sanitari di eccellenza.

In conclusione, questa direttiva 2024 rappresenta solo una sintesi di quanto esprime e sarà in grado di esprimere l'intera macchina aziendale in relazione agli obiettivi assegnati e non è esaustiva per descrivere l'insieme delle attività realizzate dai professionisti di questa Azienda, ai quali intendo rivolgere i miei più sentiti ringraziamenti per l'impegno profuso e per i risultati prodotti.

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa



ALLEGATO alla sottosezione 2.2 - Performance

Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;

Scheda di valutazione individuale - 2024 Area Dirigenza – Ruolo Sanitario DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Dipartimento				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Proponente Valutazione (Cognome e Nome Direttore Sanitario)				
Valutatore (Cognome e Nome Direttore Generale)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO					
1.1 Coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva, in modo pieno, i propri compiti al fine di assicurare che ogni unità operativa operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze del dipartimento.	1	2	3	4	5
2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto nel dipartimento.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative (<i>problem solving</i>).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia, anche in condizioni di incertezza ed emergenza, assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
3. INTEGRAZIONE AZIENDALE					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione dipartimentale.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ DIPARTIMENTO					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo ed al miglioramento dei programmi del dipartimento e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Gestisce correttamente il budget di dipartimento, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, APPROPRIATEZZA E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5

5.2 Monitora la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali.	1	2	3	4	5
5.3 Garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico.	1	2	3	4	5
5.4 Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno del dipartimento. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
5.5 Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5
6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D. ed il comparto afferenti al proprio dipartimento tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore di Dipartimento) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5
6.4 Verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di afferenza al dipartimento e risponde dei risultati complessivi in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
-------------------------	-------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Proponente (DIRETTORE SANITARIO)	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Validazione O.I.V.	Valutatore (DIRETTORE GENERALE)
Prot. _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024 Area Dirigenza PTA DIRETTORE U.O.C.

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Proponente Valutazione (Cognome e Nome Direttore Amministrativo)				
Valutatore (Cognome e Nome Direttore Generale)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO					
1.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, monitorando, contestualmente, la puntualità e il rispetto dell'orario di servizio dei propri dipendenti ed una corretta gestione degli istituti contrattuali.	1	2	3	4	5
2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative (<i>problem solving</i>).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente. Possiede una visione di "lungo termine", sa interpretare le strategie dell'amministrazione e tradurle in direttive/proposte operative.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
3. INTEGRAZIONE AZIENDALE					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione aziendale.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo e al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5

4.2 Dimostra capacità di indurre un coinvolgimento sostanziale dei propri collaboratori nella gestione del budget, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
4.3 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria. Riesce a raggiungere gli obiettivi prefissati anche in contesti difficili, mantenendo standard di lavoro più che soddisfacenti.	1	2	3	4	5
5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 Si preoccupa della propria formazione e percepisce a pieno il proprio sviluppo professionale come una chiave di successo per sé e per l'amministrazione. Si aggiorna sulle modifiche normative, sulle direttive regionali, e sulle attività di altre Aziende Sanitarie nel settore di propria competenza.	1	2	3	4	5
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
-------------------------	-------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Proponente (DIRETTORE AMMINISTRATIVO)	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Validazione O.I.V.	Valutatore (DIRETTORE GENERALE)
Prot. _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Dirigenza – Ruolo Sanitario
Direttore U.O.C./Responsabile U.O.S.D.

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO					
1.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, monitorando, contestualmente, la puntualità e il rispetto dell'orario di servizio dei propri dipendenti ed una corretta gestione degli istituti contrattuali.	1	2	3	4	5
2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative (<i>problem solving</i>).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza, assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con i pazienti, i familiari, le associazioni e le istituzioni esterne rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni. Orienta le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni degli utenti e si adopera per la soddisfazione delle loro esigenze.	1	2	3	4	5
3. INTEGRAZIONE AZIENDALE					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione dipartimentale.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo ed al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Dimostra la capacità di indurre un coinvolgimento sostanziale dei propri collaboratori nella gestione del budget, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
4.3 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria (es. in emergenza).	1	2	3	4	5
5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE					

5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno della U.O.. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali. Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.					
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ /100 (*)
-------------------------	----------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

(*) il valore del punteggio conseguito va moltiplicato per il coeff. K (v. § 5.3 del Piano)

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Dirigenza – Ruolo Sanitario
Direttore U.O.C./Responsabile U.O.S.D. senza Dipartimento

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO					
1.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, monitorando, contestualmente, la puntualità e il rispetto dell'orario di servizio dei propri dipendenti ed una corretta gestione degli istituti contrattuali.	1	2	3	4	5
2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative (<i>problem solving</i>).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
3. INTEGRAZIONE AZIENDALE					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione aziendale.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo ed al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Dimostra la capacità di indurre un coinvolgimento sostanziale dei propri collaboratori nella gestione del budget, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
4.3 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria.	1	2	3	4	5
5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo	1	2	3	4	5

metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.					
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno della U.O.. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali. Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
-------------------------	-------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024 Area Dirigenza – Ruolo Sanitario DIRIGENTE MEDICO E NON MEDICO

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO					
1.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, si dimostra disponibile a condividere/assumere carichi di lavoro di colleghi giustificatamente impossibilitati, garantisce la puntualità nei cambi di turno.	1	2	3	4	5
2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative (<i>problem solving</i>).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con i pazienti, i familiari, le associazioni e le istituzioni esterne rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni. Orienta le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni degli utenti e si adopera per la soddisfazione delle loro esigenze.	1	2	3	4	5
3. INTEGRAZIONE AZIENDALE					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione dipartimentale.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo e al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria (es. in emergenza).	1	2	3	4	5

4.3 Rispetta compiti e responsabilità specifiche direttamente assegnatigli.	1	2	3	4	5
4.4 Dimostra accuratezza nella produzione di una documentazione chiara e corretta sulle attività eseguite.	1	2	3	4	5
5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno della U.O.. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
5.4 Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5
5.5 Dimostra attenzione verso la compilazione della cartella clinica e/o referti diagnostico-terapeutici.	1	2	3	4	5
5.6 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.7 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
-------------------------	-------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____



Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Dirigenza PTA
DIRIGENTE

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO					
1.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura e si dimostra disponibile a condividere/assumere carichi di lavoro di colleghi giustificatamente impossibilitati.	1	2	3	4	5
2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative (<i>problem solving</i>).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
2.6 Possiede una visione di "lungo termine" e sa interpretare le strategie dell'amministrazione e tradurle in direttive/proposte operative.	1	2	3	4	5
3. INTEGRAZIONE AZIENDALE					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione aziendale.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo e al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria.	1	2	3	4	5

4.3 Rispetta compiti e responsabilità specifiche direttamente assegnatigli.	1	2	3	4	5
4.4 Riesce a raggiungere gli obiettivi prefissati anche in contesti difficili, mantenendo standard di lavoro più che soddisfacenti.	1	2	3	4	5
4.5 Dimostra accuratezza nella produzione di una documentazione chiara e corretta sulle attività eseguite.	1	2	3	4	5
5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 Si preoccupa della propria formazione e percepisce a pieno il proprio sviluppo professionale come una chiave di successo per sé e per l'amministrazione. Si aggiorna sulle modifiche normative, sulle direttive regionali, e sulle attività di altre Aziende Sanitarie nel settore di propria competenza.	1	2	3	4	5
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
-------------------------	-------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____



ALLEGATO alla sottosezione 2.2 - Performance

- **Schede di valutazione individuale – Area Comparto;**

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Comparto – Ruolo Tecnico
AUSILIARI SPECIALIZZATI – O.S.S.

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
4. SVOLGIMENTO ATTIVITA' ASSISTENZIALE Identifica il grado di accuratezza e precisione nello svolgimento delle attività assistenziali svolte in collaborazione o su indicazione dell'infermiere; indica, altresì, la capacità di eseguire la movimentazione dei pazienti con mezzi e tecniche appropriate e nel rispetto dello stato di salute dei pazienti stessi.	1	2	3	4	5
5. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con l'intera équipe assistenziale nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
6. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
7. ATTUAZIONE FUNZIONE ALBERGHIERA/ATTIVITÀ SPECIFICHE Indica il grado di ordine e precisione con i quali il dipendente svolge le attività inerenti la distribuzione del vitto (preparazione dell'ambiente e dell'utente, aiuto nella distribuzione e nell'assunzione del pasto, riordino finale). OPPURE Indica il grado di ordine e precisione con i quali il dipendente svolge le attività specifiche assegnategli dal dirigente/responsabile dell'Unità Operativa.	1	2	3	4	5

8. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO Indica il grado di approfondimento delle proprie conoscenze professionali.	1	2	3	4	5
9. CAPACITÀ DI OSSERVAZIONE E COMUNICAZIONE Identifica la capacità del dipendente di rilevare e riferire ai propri superiori informazioni e situazioni significative relative all'utenza e all'attività svolta nell'Unità Operativa.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI E STRUMENTALI Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti.	1	2	3	4	5
11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
12. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Comparto – Ruolo Sanitario
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO
(infermiere, tecnico di radiologia medica, fisioterapista, ostetrica etc.)

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
4. PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ Identifica i bisogni, gli obiettivi, e gli interventi necessari per l'elaborazione dei piani assistenziali valutandone i risultati: il dipendente attua gli interventi assistenziali rispettando i principi scientifici e le norme igieniche.	1	2	3	4	5
5. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con l'intera équipe assistenziale nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
6. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
7. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE Indica il grado di padronanza, competenza e celerità con il quale il dipendente affronta imprevisti ed emergenze, adottando soluzioni opportune e verificandole poi con l'équipe.	1	2	3	4	5
8. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO Indica il grado di approfondimento delle proprie conoscenze professionali e la capacità di relazionare le stesse al resto dell'équipe; identifica, inoltre, la partecipazione attiva alle iniziative formative e di miglioramento dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
9. TUTORING E DIDATTICA	1	2	3	4	5

Identifica la capacità del dipendente di porsi come punto di riferimento all'interno dell'équipe, dimostrando capacità didattiche e formative nei confronti del personale neo-inserito, in formazione e/o di supporto.					
10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto.	1	2	3	4	5
11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
12. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Comparto PTA
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva ai processi aziendali in termini di efficacia e di efficienza ed il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia e di responsabilità nell'elaborazione di atti preliminari e istruttori relativi a provvedimenti di competenza dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
3. PIANIFICAZIONE Indica la capacità di predisporre il piano di lavoro in modo ottimale, di analizzare criticamente la propria realtà e di pianificare momenti di controllo e verifica al fine di evidenziare le situazioni migliorabili o critiche riducendo al minimo eventuali disservizi. Identifica, altresì, la capacità di progettare modelli innovativi per semplificare le procedure e di individuare le priorità.	1	2	3	4	5
4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5. CAPACITÀ GESTIONALI Indica la capacità di motivare gli operatori valorizzandone le capacità umane e professionali per un efficace conseguimento dei risultati e la tendenza a risolvere i conflitti con imparzialità nell'ambito dell'attività di coordinamento e di gestione.	1	2	3	4	5
6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disponibile allo scambio costruttivo delle esperienze e delle competenze professionali ed è in grado di rivedere i propri comportamenti sulla base delle esigenze e delle dinamiche aziendali.	1	2	3	4	5
7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5

8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello svolgimento dell'attività lavorativa.	1	2	3	4	5
9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA Indica la capacità di utilizzo delle risorse materiali e strumentali. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
12. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Comparto – Ruolo Sanitario
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO
CON INCARICO DI COORDINAMENTO

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. PIANIFICAZIONE Indica la capacità di predisporre, in modo ottimale, piani di lavoro dell'U.O. per il personale coordinato, progettando modelli innovativi in funzione di cambiamenti, priorità ed imprevisti.	1	2	3	4	5
2. GESTIONE DEL PERSONALE Indica il grado di soddisfazione, da parte del dipendente, delle seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> • predisporre e coordinare i turni di lavoro tenendo conto dei rispettivi carichi, della razionale distribuzione delle risorse e delle competenze specifiche dei singoli operatori; • gestire il flusso delle assenze (monte ore, norme contrattuali, congedi etc.); • verificare il fabbisogno delle risorse umane in relazione ai bisogni dell'utenza; • cura la trasmissione dell'informazione all'équipe. 	1	2	3	4	5
3. DIREZIONE DEL PERSONALE Indica se il dipendente tende a: <ul style="list-style-type: none"> • risolvere i conflitti con imparzialità ricercando una soluzione consensuale; • motivare gli operatori valorizzandone le capacità umane e professionali; • adottare modalità comunicative adeguate; • ascoltare punti di vista e suggerimenti degli operatori. 	1	2	3	4	5
4. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con l'intera équipe assistenziale nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
5. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
6. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE Indica il grado di padronanza, competenza e celerità con il quale il dipendente affronta gli imprevisti e le emergenze cercando di adottare soluzioni efficaci ed analizzando criticamente la propria realtà al fine di evidenziare situazioni migliorabili o critiche e di ridurre al minimo eventuali disservizi.	1	2	3	4	5

7. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO Indica il grado di approfondimento delle proprie conoscenze professionali di carattere organizzativo e di partecipazione attiva a corsi di aggiornamento; identifica, inoltre, la capacità di favorire la partecipazione di tutto il personale coordinato, in modo equo, e la conoscenza del sistema di formazione nazionale (ECM).	1	2	3	4	5
8. TUTORING E DIDATTICA Identifica la capacità del dipendente di porsi come punto di riferimento all'interno dell'équipe, dimostrando capacità didattiche e formative nei confronti del personale neo-inserito, in formazione e/o di supporto.	1	2	3	4	5
9. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA Indica l'utilizzo corretto delle risorse materiali e strumentali da parte del dipendente che controlla l'approvvigionamento, presta attenzione alla conservazione, evita gli sprechi e gli usi impropri, coinvolge e motiva il personale nell'uso oculato di tali risorse, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA Identifica il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto per adempiere ai compiti affidatigli.	1	2	3	4	5
11. GESTIONE DEL PROPRIO ORARIO DI LAVORO Indica che il dipendente esercita le funzioni di coordinamento con attenzione e precisione, ottimizzando il tempo e le risorse a disposizione, adottando l'orario di lavoro alle necessità organizzative e rispettando le indicazioni aziendali nella fruizione degli istituti contrattuali (ferie, ore straordinarie etc.)	1	2	3	4	5
12. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
-------------------------	-------------------

Comments del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Comparto – Ruolo Sanitario
PERSONALE IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI SUPPORTO
(in UU.OO. a supporto della Direzione Strategica)

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva ai processi aziendali in termini di efficacia e di efficienza ed il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia e di responsabilità nell'elaborazione di atti preliminari e istruttori relativi a provvedimenti di competenza dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
3. PIANIFICAZIONE Indica la capacità di predisporre il piano di lavoro in modo ottimale, di analizzare criticamente la propria realtà e di pianificare momenti di controllo e verifica al fine di evidenziare le situazioni migliorabili o critiche riducendo al minimo eventuali disservizi. Identifica, altresì, la capacità di progettare modelli innovativi per semplificare le procedure e di individuare le priorità.	1	2	3	4	5
4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5. CAPACITÀ GESTIONALI Indica la capacità di motivare gli operatori valorizzandone le capacità umane e professionali per un efficace conseguimento dei risultati e la tendenza a risolvere i conflitti con imparzialità nell'ambito dell'attività di coordinamento e di gestione.	1	2	3	4	5
6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disponibile allo scambio costruttivo delle esperienze e delle competenze professionali ed è in grado di rivedere i propri comportamenti sulla base delle esigenze e delle dinamiche aziendali.	1	2	3	4	5
7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello svolgimento dell'attività lavorativa.	1	2	3	4	5

9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA Indica la capacità di utilizzo delle risorse materiali e strumentali. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
12. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Comparto – Ruolo Amministrativo
CATEGORIE A, B e C
(commesso, coadiutore amm.vo, assistente amm.vo)

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
4. QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5. ACCURATEZZA E PRECISIONE Indica l'accuratezza, la precisione e la tempestività nello svolgimento delle attività assegnate e la capacità di riferire gli esiti del proprio lavoro in modo puntuale e corretto ai propri superiori.	1	2	3	4	5
6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con il team di lavoro nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello svolgimento dell'attività lavorativa e di individuare soluzioni (di carattere tecnico) e procedure adeguate allo svolgimento delle mansioni affidate.	1	2	3	4	5

9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
12. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
-------------------------	------------

Comments del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale - 2024
Area Comparto – Ruolo Tecnico/Professionale
CATEGORIE A, B e C

(operatore tecnico, elettricista, programmatore etc. – figure diverse da ausiliari specializzati e O.S.S.)

Valutato (Matr., Cognome e Nome)				
Unità operativa				
Periodo di riferimento	dal		al	
Incarico/Ruolo				
Valutatore (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

Legenda valutazione: 1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5. ACCURATEZZA E PRECISIONE Indica l'accuratezza, la precisione e la tempestività nello svolgimento delle attività assegnate e la capacità di riferire gli esiti del proprio lavoro in modo puntuale e corretto ai propri superiori.	1	2	3	4	5
6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con il team di lavoro nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello svolgimento dell'attività lavorativa e di individuare soluzioni (di carattere tecnico) e procedure adeguate allo svolgimento delle mansioni affidate.	1	2	3	4	5

9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
12. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
-------------------------	------------

Comments del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____



Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza

- **Catalogo rischi;**

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
1) Acquisizione e progressione del personale	1) Reclutamento del personale non dirigenziale per selezione pubblica	Programmazione	Definizione del fabbisogno	Direzione Strategica UOC Gestione Risorse Umane	1) Alterazione fabbisogno di personale (profil))	Pressione esterna di tipo politico per alterare il fabbisogno. Inadeguati controlli a livello regionale Discrezionalità della Direzione Strategica nella composizione dei profili da reclutare Inadeguati controlli a livello aziendale	Medio	Medio	Atti di indirizzo della Regione Campania (es. decreti commissario ad acta) Autorizzazione regionale Controlli regionali sulla base della coerenza tra il contesto esterno e le richieste. Verifica da parte del GRU della coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura di reclutamento e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore	1. Regolamento aziendale per il reclutamento del personale non dirigente per selezione pubblica II
			2) Evitare intenzionalmente la stabilizzazione per favorire l'assunzione di altro personale		2) I criteri di stabilizzazione sono definiti a livello regionale. L'A.O potrebbe decidere di non procedere alla stabilizzazione ma ciò prevede che da parte degli stabilizzati non ci siano ricorsi e che non siano effettuate verifiche da parte regionale	Basso	Basso	Procedure regolamentate prima a livello governativo e poi regionale		
		Progettazione del concorso/avviso pubblico per il reclutamento di personale	Rispetto delle indicazioni della Regione Campania in merito alle procedure da seguire per reclutamento di personale autorizzato con DCA in riferimento al personale cessato nell'anno precedente (turn over): 1. Espletamento mobilità 2. Utilizzo graduatorie anche di altre amministrazioni regionali 3. Concorso e/o avviso pubblico	3) Ricorrere agli avvisi e alle procedure concorsuali bypassando la mobilità e lo scorrimento di graduatorie per favorire l'assunzione di personale determinato ex ante	1) Pressione politica per ricorrere direttamente a forme concorsuali 1) Inadeguati controlli a livello regionale 1) Inadeguati controlli a livello aziendale	Medio	Medio	Atti di indirizzo della Regione Campania (es. decreti commissario ad acta) Autorizzazione regionale Verifica da parte del GRU della coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura di reclutamento e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore		
			Definizione dei criteri per la selezione	4) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante.	Discrezionalità: la Direzione strategica definisce e approva i criteri su proposta del GRU, ma nei fatti la Direzione Strategica ha pieni poteri decisionali. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire	Medio	Medio	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Pubblicazione.		
		Pubblicazione del bando	UOC Gestione Risorse Umane	5) Scelta di un periodo (es. periodi festivi) per la pubblicazione del bando in cui può essere limitata la partecipazione del maggior numero di candidati possibili	Manca un controllo sui periodi di pubblicazione da soggetto terzo rispetto al GRU	Medio	Medio	Monitoraggio dei bandi pubblicati		
		Ricezione domande	UOC Gestione Risorse Umane	6) Accettazione domande pervenute oltre la scadenza	Le domande sono ricevute tramite Protocollo o PEC	Basso	Basso	Le domande sono ricevute a mezzo di un sistema informativo che attesta la data di ricezione		
		Verifica requisiti di ammissione	UOC Gestione Risorse Umane	7) Omissione o non adeguata verifica dei requisiti	Assenza di controlli o verifiche superficiali	Basso	Basso			
		Selezione del personale	Nomina Commissione: 1. Per i concorsi pubblici la nomina è realizzata tramite sorteggio nel rispetto della normativa vigente 2. Per altre procedure (mobilità, avvisi pubblici, etc.) la nomina compete alla Direzione Strategica	UOC Gestione Risorse Umane	Per il punto 2: 8) Composizione pilotata della commissione di concorso al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante. Per entrambi i punti: 9) Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante	Per il rischio 8): Discrezionalità della Direzione Strategica Per il rischio 9) Discrezionalità della Commissione	Medio	Medio	Per il punto 1 della azioni: 1) Sorteggio dei componenti della commissione di concorso. 2) Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità dei commissari esterni ed interni. Per entrambi: 3) Codice di comportamento 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	
			Valutazione titoli dei candidati	Commissione di valutazione	10) Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante	Discrezionalità della Commissione. Assenza di controlli o verifica superficiale.	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. II	
			Svolgimento e valutazione prove	Commissione di valutazione	11) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predefinizione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Definire l'oggetto delle prove al fine di favorire un candidato piuttosto che un altro. Discrezionalità della commissione.	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. II	
	Comunicazione e pubblicazione dei risultati		UOC Gestione Risorse Umane	12) Opacità della pubblicazione dei risultati	Assenza di previsioni specifiche di tempi e modalità di pubblicazione che lasciano la possibilità di pubblicare in modo da non rendere facilmente rintracciabile l'informazione	Medio	Medio	1) Norme di legge		
	2) Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica	Programmazione	Definizione del fabbisogno	Direzione Strategica UOC Gestione Risorse Umane	1) Alterazione fabbisogno di personale (profil) 13) Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire. 14) Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprire tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.	1 e 2) Assenti i presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative	Medio	Medio	1) Norme di legge	1. Regolamento aziendale per il reclutamento del personale dirigente per selezione pubblica
			Progettazione del concorso/avviso pubblico		Definizione dei profili dei candidati	15) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante.	Assenza o inadeguata job description	Medio	Medio	
		Selezione	Definizione e costituzione della commissione giudicatrice	UOC Gestione Risorse Umane	16) Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante	Discrezionalità della Commissione	Medio	Medio	1) Sorteggio dei componenti della commissione di concorso. 2) Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità dei commissari esterni ed interni. 3) Codice di comportamento 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	
			Valutazione dei candidati	Commissione di valutazione	17) Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante	Discrezionalità della commissione nella valutazione	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	
			Svolgimento e valutazione prove	Commissione di valutazione	18) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predefinizione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Definire l'oggetto delle prove al fine di favorire un candidato piuttosto che un altro. Discrezionalità della commissione.	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. II	
			Comunicazione e pubblicazione dei risultati	UOC Gestione Risorse Umane	19) Opacità della pubblicazione dei risultati	Assenza di previsioni specifiche di tempi e modalità di pubblicazione che lasciano la possibilità di pubblicare in modo da non rendere facilmente rintracciabile l'informazione	Medio	Medio	1) Norme di legge	
		3) Progressioni di carriera		UOC Gestione Risorse Umane	20) Progressioni economiche o di carriera accordate irregolarmente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	Scarsa trasparenza del procedimento	Basso	Basso	1) Norme di legge e norme negoziali (C.C.N.L., C.C.I.A) 2) Procedure aziendali.	
		4) Istituti incentivanti trattamento economico accessorio	1. Valutazione performance individuale 2. Calcolo del premio/retribuzione di risultato	UOC Gestione Risorse Umane	21) Arbitraria assegnazione della retribuzione di risultato	inadeguata attuazione del SMV Discrezionalità nella valutazione	Basso	Basso	Sistema di misurazione e valutazione delle performance Codice di comportamento	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure Integrative
2) Incarichi e nomine	3) Assegnazione incarichi di consulenza secondo il 5° comma Dlgp 502/92 e successive modifiche			U.O.C. G.R.U.	1) Utilizzo strumentale dell'Art. 15, segues del Dlgp 502/92 al fine di conferire un incarico dirigenziale per interessi privati e/o contrarii 2) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento delle funzioni 3) Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfertibilità e incompatibilità di incarichi	Discrezionalità	Medio	Medio	1) Norme di legge 2) Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali - art.13 (del n. 105 del 2017)	Aggiornamento del Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali
	2) Conferimento di incarichi di collaborazione	Selezione pubblica per il conferimento di incarichi attivati su progetti autorizzati.		U.O.C. G.R.U. U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA U.O.C. TECNOLOGIA OSPEDALIERA	4) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione 5) Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfertibilità e incompatibilità di incarichi	Vedi processo 1	Medio	Basso	1) Norme di legge nazionale e regionale. 2) Regolamenti aziendali (in particolare nel 2019 è stato approvato un apposito Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interesse)	
		Selezione e incarichi di consulenza legale.		Direzione generale: selezione dei consulenti tramite short list U.O.C. AA.GG. LEGALE- Revisione del fabbisogno.	6) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento delle funzioni 7) Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfertibilità e incompatibilità di incarichi 8) Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Discrezionalità	Medio	Medio	Costituzione dell'Avvocatura Interna Attivazione dell'assicurazione per risarcimento dei danni che riduce il ricorso ad avvocati esterni Regolamento che disciplina l'accesso alla short list	
		Selezione e incarichi di consulenza tecnica		U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA	9) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione, in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfertibilità e incompatibilità di incarichi ovvero motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Discrezionalità II	Medio	Basso	Con Deliberazione del Commissario Straordinario N. 200 del 12/12/2019 è stato approvato il Regolamento Aziendale per l'affidamento di incarichi di consulenza tecnica II	
	3) Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001			DIRETTORE U.O.O.CC. DIREZIONE SANITARIA U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	10) Abuso nell'attribuzione di provvedimenti di autorizzazione di incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001 al fine di favorire particolari soggetti. 11) Esercizio non autorizzato di attività extra-istituzionale in violazione della disciplina che detta modalità e tempi dell'incarico medesimo.	Carenza di controlli Mancanza di responsabilizzazione Conflitto di interesse	Medio	Basso	Nel 2019 è stato approvato un apposito Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interesse e il procedimento con l'aggiornamento del regolamento dei procedimenti disciplinari. E' stata inoltre prevista la costituzione di un nucleo di verifica interno per il controllo delle attività extraistituzionali svolte dal personale	
	4) Procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali	Proposta di incarico		DIRETTORE GENERALE - COMITATO DI DIPARTIMENTO - DIRETTORE DI DIPARTIMENTO - DIRETTORE DELLE STRUTTURE COMPLESSE	12) Accordi a/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente	Mancanza di procedura e criteri definiti Indagatoe utilizzo dei sistemi di valutazione performance individuale Mancanza di trasparenza nelle procedure di nomina	Medio	Medio	Atto aziendale - Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali (del n. 105 del 2017)	Aggiornamento del Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali
		Attribuzione incarico		DIRETTORE GENERALE	13) Accordi a/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente 14) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento delle funzioni	Mancanza di procedura e criteri definiti Indagatoe utilizzo dei sistemi di valutazione performance individuale Mancanza di trasparenza nelle procedure di nomina	Medio	Medio	Atto aziendale - Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali (del n. 105 del 2017)	
		Revoca degli incarichi dirigenziali		DIRETTORE GENERALE - COLLEGIO TECNICO	14) Utilizzo distorto dello strumento di revoca a fini partitici/relazionali per finalità corruttive/paragoni 15) Mancata rinvio/omissione di rinvio/paragoni al fine di evitare la revoca dell'incarico, per finalità corruttive/relazionali	Mancanza di un adeguato e trasparente sistema di attribuzione degli obiettivi e valutazione degli stessi Discrezionalità del sistema di valutazione dirigenziale	Medio	Medio	Atto aziendale - Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali (del n. 105 del 2017)	

Area (Da PIA a ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Eventi rischiosi	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
1) Approvvigionamenti	Programmazione		Rilevazione dei fabbisogni (Rilevazione annuale e in corso d'anno le esigenze di beni/servizi/verbi, non solo quantitativamente ma in merito alle specifiche tecniche, alle caratteristiche funzionali dei beni/servizi)	UDC Provveditorato ed economato, UDC Farmacia, UDC Ingegneria Operativa, UDC Tecnologia Operativa, UDC SA	3) Frazionamento delle forniture 4) Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (attivazione di procedure una tantum)	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno Non corretta valutazione e identificazione del prodotto/servizio richiesto Non corretta valutazione e identificazione dell'equivalenza di un prodotto/servizio; Mancanza di correlazione con gli obiettivi strategici e di budget.	Medio	Basso	Nel corso del 2019 si è provveduto ad integrare il regolamento aziendale per l'acquisizione dei beni e servizi con una sezione appositamente dedicata ai beni intralunghi ed esclusivi disciplinando, in particolare, la fase di attivazione e richiesta dei beni da parte del richiedente. Con il medesimo regolamento è stato inoltre recepito l'obbligo di redigere il programma biennale per l'acquisizione dei beni e dei servizi (art. 21 comma 2 L. n. 50/2016) impostando quindi una programmazione degli acquisti. Per l'acquisto di beni e servizi di valore sotto soglia comunitaria ricorso al MEPA. Piano triennale dei lavori. Piano di rinnovo apparecchi elettromedici. Informatizzazione della procedura di intervento tecnico: la richiesta di intervento a guasto è attivata tramite AREAS, tentativo di programmazione degli interventi di manutenzione e a guasto per l'approvvigionamento del materiale. Informatizzazione del magazzino. Internalizzazione degli interventi di piccola manutenzione e interventi a guasto, con costituzione di gruppo di tecnici interni, eliminando l'affidamento a ditte esterne.	
			Definizione del fabbisogno (verificare la congruenza del fabbisogno rilevato con gli obiettivi strategici e il budget assegnato)		3) Frazionamento delle forniture 4) Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (attivazione di procedure una tantum)	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno. Mancanza di correlazione con gli obiettivi strategici e di budget.				
			Programmazione degli acquisti		5) Utilizzo distorto della proroga al fine di favorire un fornitore	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno Mancanza di attivazione nei tempi (almeno 6 mesi prima di regola) della nuova procedura sui contratti in scadenza	Medio	Medio	La calendarizzazione delle forniture; Il ricorso alla proroga è previsto dall'indizione della nuova procedura di gara Il caricamento dei contratti è realizzato in maniera centralizzata dall'ufficio provveditorato sui software gestionali	5. Integrare il software informativo aziendale inserendo un alert sui contratti in scadenza almeno quattro mesi prima; Informatizzazione di processi e flussi informativi aziendali a supporto di altre LU/OUCC.
	Prerogativa della gara		Nomina del RUP	6) Omessa rilevazione e segnalazione di incompatibilità e inconferibilità; 7) Mancanza di requisiti previsti dal codice appalti		Carenza di organico che determina anche l'impossibilità di garantire la separazione delle funzioni Sistematizzare le funzioni su un costo economico	Alto	Alto	Il ruolo del RUP è ricoperto dal direttore del servizio UDC	4. Integrazione Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UDC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (norma DEC, vigilanza, ...)
			Definizione della strategia di gara (tipo di gara, base d'asta, criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio)	8) High di notizie 9) Clausole e requisiti di partecipazione che limitano la concorrenza 10) Artificiosa determinazione dell'importo a base 11) Fatica per studiare le norme sulle procedure da usare in essere 11) Accordi collusivi con le imprese	Mancanza/carenza di competenze specifiche; mancanza di formazione e procedure per la definizione della strategia Mancata condivisione delle informazioni tecniche e/o scarsa sinergia tra gli stakeholder coinvolti	Medio	Medio	Redazione della progettazione di appalti di servizio Condizione delle modalità di realizzazione della fornitura di beni e servizi (severità tecnici per la redazione delle specifiche tecniche e funzionali di prodotti non standardizzati) Valutazione tramite metodologia di HTA Attività di supporto al RUP nella predisposizione dei capitolati Catalogo di motivazione del tipo di procedura prescelta Utilizzo di modelli e documenti standard per la redazione degli atti di gara	1. Attività di formazione su normativa codice degli appalti	
			Predisposizione degli atti di gara ed elaborati tecnici	12) Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquisire per favorire un soggetto predefinito	Mancata programmazione nonché mancata affiliazione di lavori tecnici per la condizione degli atti di gara Assenza di verifica della correttezza identificazione delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi Assenza di verifica della correttezza valutazione degli importi a base d'asta	Medio	Medio	Condizione delle modalità di realizzazione della fornitura di beni e servizi (severità tecnici per la redazione delle specifiche tecniche e funzionali di prodotti non standardizzati) Valutazione tramite metodologia di HTA Attività di supporto al RUP nella predisposizione dei capitolati		
	3) Contratti pubblici	Selezione del contraente	Valutazione offerte	Nomina della Commissione giudicatrice	13) Nomina dei commissari in conflitto di interessi o in presenza di requisiti	Mancata acquisizione e verifica delle dichiarazioni e relativo cause di incompatibilità e inconferibilità.	Basso	Basso	Nel 2019 è stato approvato un apposito Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interesse	
				Custodia documentazione di gara	16) Alterazione o sottrazione documentazione di gara	Scarsa livello di sicurezza degli ambienti e dei beni	Basso	Basso	Dotazione di armari blindati per la custodia delle offerte Dotazione di armari elettronici chiusi e chiave dove custodire la documentazione di gara (documentazione amministrativa)	1. Integrazione Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UDC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (norma DEC, vigilanza, ...)
				Verifica dell'anomalia dell'offerta	19) Mancanza di valutazione o valutazione alterata dell'offerta anomala	mancanza o carenza di competenze specifiche e seconda categoria merceologica	Medio	Medio	Coinvolgimento di professionalità interne ed esterne specifiche a supporto delle valutazioni di congruità	2. Attività di formazione su normativa codice degli appalti
		Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	comunicazione ex lege	Verifica dei requisiti per la stipula del contratto	20) Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche	carenze organizzative	Medio	Medio	Registrazione presso USI istituzionali per la verifica dei requisiti di ordine morale, professionale, capacità economico finanziaria e tecnico professionali	
				stipula del contratto	21) Mancato rispetto dei termini previsti dalla normativa di settore	carenze organizzative/IT	Basso	Basso	Centralizzazione ufficio di registrazione per tutte le comunicazioni dettate da disposizioni di legge	
				modifiche del contratto	22) Mancato inserimento di tutte le clausole appalti che disciplinano l'esecuzione del contratto 23) Modifica in sede di stipula delle condizioni previste dal capitolato tecnico e speciale 24) Mancata previsione della progettazione offerta	mancata conoscenza o acquisizione di tutta la documentazione di gara	Medio	Medio	Istituzione di un ufficio centralizzato per la stipula dei contratti con nomina dell'ufficiale erogante incaricato presso l'UDC	
Esecuzione e rendicontazione		Subappalto	varianti	25) Alterazioni nell'oggetto dell'appalto 26) Aggiore di costi per l'azienda 27) Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle ventate di committenza	Mancato o non corretta definizione	Medio	Medio	Pubblicazione dei provvedimenti che autorizzano modifiche contrattuali nei limiti previsti dalla normativa di settore Controllo e verifica da parte dell'ufficiale erogante della corrispondenza tra offerta tecnica ed economica inseriti nel contratto rispetto agli atti di gara		
				SAL	28) Mancata verifica requisiti subappaltatore	Mancata attivazione dei controlli mediante consultazione delle banche dati A/0 e/o organi ad essi preposti al rischio di abbuoni/overcapacitazione	Medio	Medio	Centralizzazione presso l'UDC delle verifiche e controlli in capo a personale dedicato	1. Integrazione Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UDC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (norma DEC, vigilanza, ...)
				30) Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma 31) Pagamenti ingiustificati	Non corretta gestione dell'esecuzione del contratto	Medio	Medio	Previsione di commissioni di supporto al DEC. Controllo su applicazione penali per ritardi. Attività di verifica esecutiva/amministrativa dei contratti di fornitura beni, servizi e lavori, a cura del N.O.C.		
2) Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara		Segue il processo dei contratti pubblici	Segue il processo dei contratti pubblici	32) Ripescare la selezione pubblica attraverso assunzioni per il tramite di agenzie di somministrazione di lavoro 33) Iscrizione alla società somministratrice di persone che si vuole favorire nell'assunzione presso l'AO	Il blocco delle assunzioni al fabbisogno di alcune professionalità (quali ad esempio il personale infermieristico) ha spinto l'AO a trovare nelle gare per somministrazioni di lavoro una soluzione perseguibile. Tuttavia tale soluzione è prevista anche a scopi correttivi e di mala amministrazione; inoltre occorre individuare che sul personale presente all'AO non si possono applicare le leve di gestione del personale (assegnazione e valutazione obiettivi, premiati, ecc.) che consentano ad un'azienda di perseguire i propri obiettivi.	Medio	Medio	Programmazione dei concorsi per ridurre gradualmente il ricorso ai lavoratori somministrati		
				34) Abuso nell'adozione di provvedimenti di conversione al fine di favorire determinati professionisti o società	Mancanza di trasparenza	Medio	Basso			
3) Convenzioni		Convenzioni con enti non profit		35) Convenzioni passive: Affidare la commissione in situazioni di urgenza o in tempi tali da favorire la richiesta di un medico determinato ex ante 36) Convenzioni attive: inserire personale già determinato	Assenza di una regolamentazione chiara in tale direzione (pubbliche o interne) Mancanza o carenza di programmazione del fabbisogno di personale adeguata Mancanza di trasparenza	Medio	Medio	Con Delibera n. 384/2018 è stato approvato un apposito regolamento per disciplinare la stipula delle Convenzioni. Nel corso del 2018 è stato inoltre elevato il livello di trasparenza in merito pubblicando la data di inizio dei vari rapporti convenzionali (dato storico)		
	Convenzioni con Università, Enti di ricerca e altre ANSO			37) Abuso nell'adozione di provvedimenti di conversione al fine di favorire determinati professionisti o società	Mancanza di trasparenza	Medio	Medio			

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti) e fattori abilitanti	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1) Utilizzo dei beni e risorse aziendali		DIREZIONE STRATEGICA TUTTE LE STRUTTURE TUTTI I DIRIGENTI TUTTI I DIPENDENTI	1) Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali.	Carenza di controlli	Medio	Medio	Codice di comportamento Internet: inserimento firewall che blocca alcuni siti Linee telefoniche: blocchi e limitazioni applicate	
	2) Richieste rimborsi spese	1. Presentazione richiesta di rimborso 2. Verifica sulla documentazione comprovante la spesa 3. Liquidazione somme da rimborsare	DIREZIONE STRATEGICA TUTTE LE STRUTTURE TUTTI I DIRIGENTI TUTTI I DIPENDENTI	2) Falsificazione documentazione comprovante la spesa. 3) Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio.	Mancanza di piena consapevolezza di responsabilità Conflitto di interessi	Medio	Medio	Codice di comportamento Regolamento policy conflitto di interessi per evitare mancanza di controlli	
	3) Attribuzione budget	1. Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di responsabilità 2. Elaborazione schede di budget e schede obiettivi 3. Assegnazione obiettivi per Centri di responsabilità 4. Negoziazione degli obiettivi 5. Approvazione del budget aziendale e assegnazione ai Centri di responsabilità	DIREZIONE STRATEGICA U.O.C. SIA Comitato di Budget	4) Alterazione dei dati volta a favorire una struttura nell'assegnazione del budget	Mancanza di considerazione degli obiettivi di performance nell'assegnazione del budget	Medio	Medio	Regolamento di budget (istituzione del Comitato di Budget, regolamento e procedure di negoziazione) - Delibera 450 dell'11/12/2015. Tracciabilità dell'elaborazione dei dati propedeutici all'assegnazione. OIV	
	4) Transazioni		U.O.C. Affari Legali U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	5) Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Nel 2019 è stato adottato un Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interessi	
	5) Liquidazione attività intramoenia	1. Controllo ai fini della liquidazione dell'ALPI 2. Liquidazione compensi	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE AMM.VA U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	6) Favorire nell'ordine di pagamento un professionista 7) Indebita percezione di emolumenti economici	Assenza di trasparenza nella liquidazione dell'attività. Assenza di strumenti adeguati e garanti di un corretto percorso amministrativo.	Basso	Basso	1) Nuovo regolamento ALPI: Contabilità separata gestita dall'ALPI con divieto per i medici di prendere soldi direttamente dal paziente 2) Procedure informatiche. 3) Tracciabilità dei pagamenti.	
	6) Pagamento fornitori/creditori	1. Liquidazione tecnica-amministrativa delle spese 2. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria emette l'ordine di pagamento 3. Il mandato di pagamento viene trasmesso al Tesoriere 4. Il Tesoriere estingue i mandati ricevuti	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	8) Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori.	Mancanza di tracciabilità	Medio	Medio	Pagamento centralizzato con SORESA Rispetto della cronologia della determina Il Dirigente controllo la legittimazione, l'autorizzazione di spesa e la copertura economica Controllo del collegio sindacale (audit sui pagamenti) Soresa che controlla sui doppi pagamenti Attivazione di recente della determina informatica Pubblicazione indici dei tempi di pagamento	
	7) Incassi Ticket e gestione recupero crediti codice bianco	1. Il cassiere incassa la somma e rilascia quietanza liberatoria o regolare fattura. 2. A fine giornata il cassiere: 2.1 elabora la distinta delle operazioni giornaliere 2.2 attiva l'importazione automatica in contabilità 2.3 elabora un prospetto dell'incasso giornaliero e lo trasmette alla U.O.C. Gestione Economica 2.4 preleva l'incasso e lo trasferisce alla Tesoreria	RESPONSABILE A.L.P.I. SERVIZIO C.U.P. U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA U.O.C. SIA	9) Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket. 10) Falsa autodichiarazione e accettazione al CUP per ottenere l'esenzione in caso di assegnazione codice bianco 11) Alterazione delle liste di nominativi dei beneficiari esenzione in caso di codice bianco	Per evento 68): 1. Omissione del controllo in tesoreria. 2. Mancata registrazione delle operazioni a sportello. Per evento 69): 3. Mancato controllo sulle autodichiarazioni di esenzione Per evento 70): Intervento umano nella gestione del dato: le liste vengono estratte e volendo è possibile inserire altri nominativi	Medio	Medio	Adozione sistema SIAC di Soresa Per evento 69): 1. Procedura di verifica di coerenza tra dichiarato Cassa Cup e Cassa Tesoreria. 2. Collegio sindacale effettua una verifica di cassa. 3. Acquisizione TOTEM e servizio gestione cassa: il servizio acquisito consente di far interfacciare la ditta che segue il servizio con la tesoreria. Per evento 70): 1. Il processo di autorizzazione al rimborso prevede l'autorizzazione da parte del Direttore della struttura e non del medico. Per evento 71): Possibilità di tracciare gli accessi. Delibera di adesione con Agenzia dell'entrate per il recupero crediti codici bianchi	
	8) Emissione mandati/incasso reversali	1. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette con modalità telematica la distinta a Tesoriere 2. Emissione ordinativo d'incasso e sua sottoscrizione da parte del Direttore della U.O.C. Gestione Economica Finanziaria 3. Registrazione dell'ordinativo d'incasso nel giornale di Cassa e invio per via telematica al Tesoriere 4. Gli agenti della riscossione incassano le somme 5. Gli agenti della riscossione versano al Tesoriere le somme incassate	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	12) Distrazione di risorse mediante alterazione/ falsificazione dei dati/documenti.		Basso	Basso	1. Monitoraggio Collegio Sindacale 2. Sistema di centralizzazione pagamenti Soresa	
	9) Recupero crediti	1. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria sollecita i crediti scaduti e non ancora riscossi 2. Ad un anno dalla data di fatturazione la U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette la documentazione alla U.O.C. affari legali per la riscossione coatta	U.O.C. AFFARI LEGALI SERVIZIO C.U.P. DIREZIONE AMMINISTRATIVA	13) Favorire utenti non solventi.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	1) Norme di legge in materia di riscossione coattiva. 2) Procedura specifica. 3) Regolamento conflitto di interessi	
	10) Gestione risarcimento danni	1. Richiesta risarcimento 2. Istruttoria richiesta 3. Erogazione della somma	U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	14) Favorire il soggetto danneggiato.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Protocolli interni. Attivata l'assicurazione per risarcimento danni. Regolamento conflitto di interessi	
	11) Stipula di contratti di locazione e acquisizione/alienazione di beni immobili e mobili registrati	2. Stipula del contratto 3. (in caso di locazione) Iscrizione nei conti d'ordine del valore dei canoni da corrispondere 4. (in caso di acquisto) Inserimento del capitale nell'attivo patrimoniale dell'Azienda 5. (in caso di alienazione) Eliminazione del capitale dall'attivo patrimoniale	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA PROVVEDITORATO ED ECONOMATO - Ufficiale rogante; UOC	15) Sottoscrizione di condizioni di acquisto, alienazione o locazione volti a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione.	Conflitto di interessi	Basso	Basso	1) Norme di legge. 2) Regolamenti aziendali (in particolare regolamento conflitto di interessi).	
	12) Gestione beni mobili e immobili	1. Cancellazione Libro Cespi Beni Mobili Dichiarati Fuori Uso 2. Registrazione Dati sul Libro Cespi (mobili e immobili) 3. Trasferimento beni da/a U.O	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA PROVVEDITORATO ED ECONOMATO - Ufficiale rogante; UOC	16) Intenzionale errata contabilizzazione dei beni mobili e immobili	Mancanza di tracciabilità e/o informatizzazione del processo	Basso	Basso	1) Norme di legge. 2) Regolamenti aziendali.	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	1) Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni		UOC Gestione Risorse Umane	1) Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio.	Mancanza di piena responsabilizzazione Carenza di personale da dedicare all'attività Conflitto di interessi	Medio	Medio	Norme di legge e regolamenti. Responsabilità dirigenziale Controlli a campione a cura del Responsabile dell'UO di competenza Regolamento policy di gestione del conflitto di interesse adottato nel 2019	
	2) Permessi e aspettative retribuite ex lege 104/92	1. Valutazione domanda e dichiarazioni in essa contenute e contestuale esame documentazione allegata 2. Eventuale richiesta di integrazione alla documentazione o alla domanda presentata 3. Registrazione del verbale/esito della valutazione 4. Predisposizione documento di ammissione domanda 5. Registrazione sul sito PERLA PA dei permessi fruiti da ciascun lavoratore nel corso dell'anno precedente	UOC Gestione Risorse Umane	2) Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati.	Omissione/Inadeguatezza del controllo. In particolare risulta particolarmente difficoltoso e costoso verificare se il lavoratore utilizza correttamente i permessi per l'assistenza ai familiari disabili o per finalità personali. Una misura di controllo in tal senso non potrebbe essere adottata ad invarianza di spesa (principio ex L. 190/2012).	Alto	Alto	Controlli U.O.C. Gestione Risorse Umane Codice di comportamento	
	3) Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie	1. Controlli schede di dimissioni ospedaliere a campione o mirato su fenomeni anomali (intercettati attraverso il DRG). 2. Flussi informativi sanitari da trasferire alla Regione e al Ministero	Tutte le UOC sanitarie	3) Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle loro conseguenze negative (es. preavvertire il destinatario; falsificare l'esito dei controlli; sottrarre o alterare atti, cartelle cliniche, prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti). 4) Alterazione dati inseriti nella SDO da parte del medico 5) Alterazione dati di consumo beni (farmaci e dispositivi medici)	1. Mancanza di tracciabilità delle attività sanitarie	Medio	Basso	nel 2019 si è provveduto con l'informatizzazione della cartella clinica e con l'informatizzazione di processi e flussi informativi aziendali a supporto di altre UO/OCC. La maggiore tracciabilità delle operazioni riduce il rischio di anomalie.	
	4) Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato	1. L'ufficio istruttore viene a conoscenza della violazione perpetrata dal dipendente 2. Contestazione scritta dell'addebito della sanzione al dipendente e convocazione dipendente per sua difesa. 3. L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari, effettua gli accertamenti e valuta le giustificazioni addotte dal dipendente 4. L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari irroga la sanzione applicabile tra quelle previste dal Codice disciplinare	Tutte le UOC	6) Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare. 7) Omissione da parte del direttore della UO di attivare la conseguente procedura entro la tempistica prevista. 8) Intenzionale mancata chiusura del procedimento nei tempi previsti	Mancanza di tracciabilità dei procedimenti disciplinari	Medio	Medio	1) C.C.N.L. 2) Codice di Comportamento 3) Codice disciplinare e Regolamenti aziendali - deliberazioni n. 63/2019 e 64/2019.	
	5) Attestazione della presenza in servizio.	1. Verifica e controllo del tabulato orario 2. Rilevazione delle timbrature	Nucleo di verifica	9) Falsa attestazione della presenza in servizio. 10) Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio	Assenza di deterrenza	Medio	Medio	1) Misure specifiche del Codice di Comportamento. 2) Direttive. 3) Informatizzazione autorizzazioni, congedi ordinari, regolarizzazione omesse timbrature. 5) Sistema informatico di rilevazione anomalie presenze 6) Attività di controllo delle presenze.	Controlli a campione in loco!

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	AREA MEDICA	1. Accessi prioritari programmati	U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI SANITARI	4) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 5) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Mancata implementazione della possibilità di effettuare esami specialistici internamente alla struttura ritenuti necessari all'atto della prima prestazione erogata	Medio	Medio	Tutte le agende di prenotazione sono gestite dal CUP in maniera informatizzata e visibile sul sito web aziendale, ove necessario organizzate secondo classi di priorità, strutturate in modo da tenere separate l'attività istituzionale da quella libero professionale e le agende riguardanti i primi accessi da follow up e/o gli accessi successivi. In proposito, l'Azienda si è dotata di un apposito Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle liste d'attesa (Deliberazione n. 259 del 26/11/2019) cui si rinvia per la trattazione delle misure idonee a prevenire le croniche criticità in merito alle liste d'attesa. Come misura di contrasto dei comportamenti del personale medico e sanitario preordinati ad alterare il flusso delle liste d'attesa per favorire soggetti esterni, l'Azienda si è inoltre dotata, nel 2019, di un Regolamento per la policy di Gestione del conflitto di interesse (Delibera n. 254/2019).	
		2. Prestazioni ambulatoriali per la prescrizione di farmaci che necessitano di piano terapeutico		6) Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento in lista di attesa 7) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 8) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Come Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	Medio	Medio		
		3. Day Service		n.r.	Basso	Basso			
	AREA CHIRURGICA	4. Ricovero chirurgico programmato e in elezione	1. Predisposizione Sceda di ricovero con indicazione di priorità 2. Inserimento nella lista di attesa 3. Convocazione del paziente per pre-ricovero 4. Pre-ricovero 5. Erogazione della prestazione	UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	9) Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento in lista di attesa 10) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 11) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Come Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	Medio		Medio
					12) Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento in lista di attesa	1. Sistema informativo che traccia l'intero percorso di erogazione del servizio (dalla visita alla sala operatoria); manca una piena integrazione tra il sistema informatico del CUP e quello aziendale. 2. Analisi delle priorità: manca in tutte le branche medico-chirurgiche una puntuale e chiara definizione dei criteri per l'attribuzione dei codici di priorità (margini di discrezionalità/sofferenza del medico) 3. Pluralità di liste di attesa per prestazioni analoghe 4. Carenza di posti letto di reparto per attività elettive	Medio		Medio
		5. Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	1. Proposta del ricovero dal medico specialista 2. Attribuzione criterio di priorità 3. Inserimento nella lista 4. Convocazione del paziente per il ricovero 5. Erogazione della prestazione	UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	13) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 14) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	1. Accettazione esami realizzati all'esterno della struttura in caso di ricoveri in day surgery e day Hospital 2. Mancata implementazione della possibilità di effettuare esami specialistici internamente alla struttura ritenuti necessari all'atto della prima prestazione erogata	Medio		Medio
					Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento nella lista di attesa				
	6. Gestione pronto soccorso	Accettazione in pronto soccorso	UOC Pronto soccorso e O.B.I. TUTTE LE STRUTTURE che erogano servizi sanitari o che autorizzano prestazioni sanitarie. UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	15) Falsa assegnazione del codice per finalità corruttive/interessi personali	Conflitto di interessi	Basso	Basso		
				16) Bypassare la lista di attesa attraverso l'accesso in pronto soccorso per urgenza	Conflitto di interessi Mancanza di controlli Mancata esatta separazione della gestione tra ricoveri di urgenza e ricoveri ordinari	Medio	Medio		

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
8) Farmaceutica	1) Gestione Farmaci e dispositivi medici	Prescrizione farmaci e dispositivi medici	Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	1) Abuso della propria autonomia professionale nella inappropriata prescrizione di farmaci e materiale sanitario al fine di favorire la diffusione di un determinato prodotto, oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali. 2) Arbitrio nella prescrizione dei prodotti fuori gara regionale	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali- quantitativo delle prescrizioni Assenza di una sistematica e puntuale reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco - malattia, farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.	Medio	Medio	Sistema SANIARP per i farmaci prescritti ad alto costo o i soggetti a prescrizione AIFA PTD aziendale Per abuso: Commissione HTA e Commissione Farmaco Regolamento beni infungibili e/o esclusivi	
		Ricezione e stoccaggio merce	UOC Farmacia	3) Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia 4) Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna (modificato e accorpato più rischi)	Assenza di sistema informatizzato	Medio	Medio	Verifica congruità colli rispetto alla bolla Conguità bolla rispetto all'ordine Convalida finale e nulla osta per il carico informatico del materiale Sistema di video sorveglianza Cassaforte per i farmaci ad alto costo	
		Consegna farmaci e dispositivi medici alle UO	UOC Farmacia Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	5) Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia 6) Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna	per tutti: Manca la possibilità di un controllo diretto sulla merce realmente caricata per 89: i contenitori sono alienabili	Medio	Medio	Attività di inventarizzazione due volte l'anno Presenza di 4 persone stabili per la consegna del materiale a ognuno dei quali è assegnata un'area dell'ospedale	
		Utilizzo dei farmaci: invio richiesta dal coordinatore infermieristico, validata dal medico, validazione della Dirigente farmacista, trasmissione al preparatore che allestisce il pacco da inviare in reparto; nel momento dello scarico dal magazzino in automatico il prodotto viene caricato nell'armadietto; validazione nel reparto e poi utilizzo. (Sistema order entry)	UOC Farmacia Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	7) Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali.	Errato processo di carico/scarico dei farmaci Mancato controllo	Medio	Medio	Sistema informatico Order entry Ispezione di reparto da parte della UOC Farmacia per verificare la corretta tenuta tra farmaci e dispositivo (un controllo l'anno)	
		Gestione delle apparecchiature elettromedicali	UOC Tecnologia Ospedaliera Commissione HTA Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	8) Alterazione delle informazioni relative al parco macchine e/o alle singole attrezzature al fine di anticipare la sostituzione e/o indurre ad acquisire attrezzature non necessarie 9) Omissione di manutenzione finalizzata a rendere non riutilizzabili le apparecchiature.	Mancata inventariazione di tutte le apparecchiature	Medio	Medio	Inventario di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico (BIOGEST) che non copre il 100% delle apparecchiature Piano di Manutenzione sulla base del capitolato di gara definito da SORESA Per l'alta tecnologia c'è l'affidamento alla casa madre Regolamento per l'acquisizione di beni infungibile ed esclusivi Per le macchine di alta tecnologia si attua la consultazione preliminare di mercato	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
7) Attività libero professionale	1) Autorizzazione Attività ALPI	<p>1. Presentazione domanda scritta da parte del medico interessato accompagnata dal parere del Direttore di Struttura Complessa o semplice e validata dal Direttore di Dipartimento</p> <p>2. La U.O ALPI accoglie le istanze e istruisce le pratiche amministrative</p> <p>3. Deliberazione aziendale di autorizzazione</p> <p>4. I Direttori di Dipartimento e di U.O.C stabiliscono, d'intesa con il dirigente, le modalità di erogazione</p>	UO Liste di attesa, accreditamento e qualità e ALPI; Commissione Partitetica ALPI	1) Favorire un soggetto nell'ottenimento di autorizzazioni	Attualmente l'autorizzazione è soggetta ad una valutazione di tipo personale, ma è comunque tracciata.	Basso	Basso	1) Nuovo regolamento ALPI (Deliberazione n. 240/2019)	
	2) Realizzazione attività intramoenia	<p>1. Richiesta del cittadino di prestazione a pagamento e scelta del professionista</p> <p>2. Messa a conoscenza della spesa da affrontare per il cittadino (in caso di prestazioni complesse preventivo di spesa)</p> <p>3. Prenotazione prestazione</p> <p>4. Accettazione/Pagamento prestazione</p> <p>4. Erogazione della prestazione</p>	UO Liste di attesa, accreditamento e qualità e ALPI; Commissione Partitetica ALPI	2) Svolgimento dell'attività intramoenia allargata in violazione delle regole stabilite (es. in orario di lavoro, in spazi non autorizzati, omettendo la fatturazione).	Omissione di controllo Assenza di controlli a campione	Medio	Medio	<p>1) Nuovo regolamento ALPI (Deliberazione n. 240/2019)</p> <p>2) Prenotazione attraverso CUP e/o numero verde e in via eccezionale rivolgendosi direttamente al dirigente (il quale entro 1 giorno lavorativo è tenuto a trasmettere la prenotazione acquisita al CUP)</p> <p>3) Attestazione (in entrata e in uscita) dell'attività ALPI digitando un codice nel rilevatore delle presenze.</p> <p>4) Verifica e monitoraggio della corretta applicazione delle norme e del regolamento da parte della Commissione paritetica e dell'U.O. ALPI</p> <p>5) Divieto di riscuotere i proventi da parte del medico</p> <p>6) Sistema sanzionatorio in caso di violazioni al regolamento (dal richiamo alla revoca dell'autorizzazione)</p>	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	1) Sperimentazioni	1. Richiesta di sperimentazione 2. Approvazione del contratto 3. Fatturazione e liquidazione compenso	Direzione Sanitaria DIREZIONE AMM/VA U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO	1) Far prevalere l'interesse personale dello sperimentatore e altri soggetti coinvolti al fine di ottenere benefici economici. 2) Pressione dello sperimentatore e/o di altri soggetti coinvolti su componenti del Comitato etico di riferimento al fine di ottenere benefici e vantaggi privati	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Regolamento policy di gestione conflitto di interesse (Reg. 254/2019)	
	2) Sponsorizzazioni di attività non formative e formative	1. Individuazione delle iniziative di sponsorizzazione 2. Proposta di sponsorizzazione (su iniziativa dell'Azienda o di terzi) 3. Elaborazione Progetto di sponsorizzazione 4. Elaborazione e pubblicazione avviso per selezione sponsor 5. Selezione dello sponsor	DIREZIONE SANITARIA U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE U.O.C. Formazione e Performance	3) Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni	Interesse dello sponsor privato volto alla diffusione "condizionata" dei propri prodotti in un sistema di pubblico servizio. Conflitto di interesse e comparaggio. Non corretta applicazione del regolamento aziendale	Medio	Alto	Regolamento PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI (deliberazione 283/2011) REGOLAMENTO RELATIVO ALLA "ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI ESTERNI SPONSORIZZATI IN AZIENDA" ALLA "PARTECIPAZIONE AD EVENTI FORMATIVI ESTERNI SPONSORIZZATI CON SPESA A CARICO DI SOGGETTI TERZI", APPROVAZIONE (DELIBERAZIONE 385/18).	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative esterne svolte dai dipendenti per controllare la presenza di sponsor e eventuale non corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018)

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative	
10) Medicina legale	1) Medicina legale Certificativa	Interna: Visita medico legale su chiamata del responsabile dell'unità operativa (richiesta interna di visita o parere medico legale per un traumatizzato)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	1) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) codice di comportamento		
		Interna: Parere tecnico per presunta colpa professionale (a fronte di una richiesta di risarcimento danno)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	2) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Consiglio di transazioni bonarie in caso di incertezza sulla vittoria 2) Attività svolta in equipe per il settore certificativo e firmata da i tre medici legali + firma dei direttori interessati (previsto da REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE)		
		Esterna: Valutazione del danno biologico	U.O.C. MEDICINA LEGALE	3) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione del danno biologico	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Attività svolta in equipe per il settore certificativo e firmata da i tre medici (previsto da REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE)		
		Esterna: Certificazione di idoneità psicofisica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	4) Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficiale ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per conduzione autoveicoli, motoveicoli, natanti).	Discrezionalità del medico legale	Medio	Medio	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Procedure informatizzate. 3) Tracciabilità. 4) Attività svolta da un solo medico legale con controfirma del Dirigente		
		Polo della Violenza sessuale o abuso su minore: Visita richiesta dall' autorità giudiziaria o dal privato, con documentazione fotografica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	non rilevati						
	2) Medicina legale Necroscopica Aziendale	Invio in sala mortuaria			non rilevati				Codice etico del personale e le informazioni ai congiunti sul comportamento da tenere in funzione delle disposizioni aziendali	1. Regolamento di Polizia Mortuaria (in fase di Attuazione)
		Scelta ditta funeraria	U.O.C. MEDICINA LEGALE	5) Chiamata/imposizione delle ditte funerarie da parte degli operatori	Mancanza di trasparenza	Basso	Basso	REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE CHE PREVEDE: Comunicazione su sito ditte autorizzate al trasporto feretri; Affissione indicazioni per scelta ditta funeraria. Consegna ai congiunti di una lettera in cui sono contenute informazioni relative al codice etico del personale e ai comportamenti che i congiunti sono tenuti a rispettare in funzione delle disposizioni aziendali. Modulo firmato dai parenti per la dichiarazione della libera scelta Nel 2017: richiesta di documento di riconoscimento del defunto, per accertare i dati anagrafici, da allegare alla certificazione necroscopica rilasciata dal medico legale dell'UO aziendale		
		Compilazione documentazione da consegnare alla ditta						Documentazione consegnata ai familiari (le ditte possono accedere solo su delega delle famiglie)		
	3) Obitorio giudiziario	Trasporto in sala mortuaria a disposizione della magistratura	U.O.C. MEDICINA LEGALE	6) Mancata attivazione di convenzioni per l'utilizzo dell'obitorio giudiziario con le amministrazioni comunali che sono tenute al rimborso delle spese, al fine di favorirle	Nel territorio di Caserta le salme giudiziarie vengono inviate direttamente all'obitorio dell'azienda ospedaliera senza il coinvolgimento delle amministrazioni comunali; manca una convenzione con le amministrazioni. Vengono inviate su pressione dei politici locali. Attori esterni che non si assumono la loro responsabilità	Basso	Basso	Già attuato il protocollo di intesa tra l'AO di Caserta, la Procura di S. MARIA CAPUA VETERE e l'Università L. Vanvitelli di Napoli Protocollo di intesa di convenzionamento tra le amministrazioni comunali afferenti alle due procure di S. Maria Capua Vetere e Napoli Nord e l'AO		
		Conservazione della salma								

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
11) Affari legali e contenzioso	1) Assistenza legale gestita da avvocatura interna	Ricezione atto giudiziale istruttoria Decisione di ricorrere in giudizio o procedere preventivamente per vie extragiudiziali	UOC Affari Legali	1) Omissione di informazioni per l'istruttoria al fine di agevolare il soggetto terzo ricorrente	Manca una collaborazione fattiva nella maggior parte dei casi, giustificata dai dirigenti dalla mancanza di risorse umane. Resistenza culturale al servizio di avvocatura interna Manca da parte dell'organizzazione una visione di un servizio di avvocatura teso a ridurre i contenziosi e a gestire le pratiche di giudizio con una logica di riduzione delle spese e dei danni per l'FAO (a fronte di una cultura prevalente del ricorso in giudizio a tutti i costi che può produrre più spese che vantaggi per l'ente)	Medio	Medio	Prassi di corrispondenza tra l'Avvocatura e le UOC coinvolte Attività di richiamo da parte della Direzione Amministrativa in caso di mancata collaborazione Responsabilità dirigenziale Codice di comportamento	
	2) Assistenza legale gestita da avvocati nominati sulla base della short list	Nomina e assegnazione dell'incarico istruttoria Rappresentazione in giudizio	UOC Affari Legali	2) Intraprendere la via giudiziale anche quando non ricorrono gli estremi di vantaggio dell'ente, al fine di vantaggi personali	Interesse degli avvocati di portare avanti le cause Orientamento culturale dell'organizzazione a favore di un approccio favorevole al ricorso in giudizio	Medio	Medio	Istituzione del servizio di Avvocatura interna Codice di comportamento	
	3) Procedimenti legali nei confronti dipendenti per responsabilità professionale e rimborso spese di giustizia	Messa a disposizione dei legali della short list o nomina di legali indicati dal dipendente Valutazione della responsabilità del dipendente e costituzione o meno dell'Ente come parte civile Rimborso spese di giustizia in caso di procedimento risolto positivamente per il dipendente	UOC Affari Legali	3) Mancata costituzione dell'ente come parte civile al fine di favorire il dipendente	Valutazione da parte della direzione strategica delle risultanze dell'istruttoria per valutare l'opportunità di costituirsi o meno parte civile Mancanza di elementi oggettivi in fase istruttoria per definire la responsabilità per negligenza del dipendente in giudizio	Medio	Medio	1) C.C.N.L. 2) Regolamenti aziendali. 3) Codice di comportamento	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	Misure esistenti	Misure integrative
12) Formazione e aggiornamento professionale del personale	1) Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale	Definizione dei fabbisogni formativo	Direzione generale Direttori delle UUOCC e UUOO di area amministrativa e sanitaria proponenti; UOC Formazione, Qualità e Performace;	1) Alterazione dei fabbisogni formativo al fine di curare il piano di formazione al perseguimento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	Regolamento formazione e aggiornamento professionale (Reg. 389/2018)	Pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale del PAF (Piano aziendale della formazione) e dei report periodici previsti dal punto 2.1.3 del Regolamento approvato con deliberazione n. 389/2018.
		Pianificazione offerta formativa	Direzione generale Direttori delle UUOCC e UUOO di area amministrativa e sanitaria proponenti; UOC Formazione, Qualità e Performace;	2) Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancanza di verifica interna ed esterna della coerenza tra obiettivi formativi inseriti e priorità definite nella documentazione strategica	Alto	Alto		
		Attribuzione incarico docenti interni/esterni e/o enti di formazione	UOC Formazione, Qualità e Performace UOC Provveditorato ed economato	3) Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri.	Non adeguata e non puntuale definizione delle procedure da seguire per l'affidamento degli incarichi di docenza	Alto	Alto		
		Erogazione dei corsi di formazione	UOC Formazione, Qualità e Performace	4) Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi	Mancanza di strumenti di controllo e rendicontazione del Piano di Formazione	Alto	Alto		
	2) Organizzazione di eventi formativi sponsorizzati in azienda	Definizione e/o selezione degli eventi formativi sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	5) Pilotamento della definizione o selezione degli eventi formativi sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	Regolamento "Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi" (Reg. 385/2018)	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 Definizione di sanzioni per gli sponsor che finanziano direttamente il singolo dipendente, attraverso ad esempio l'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.
		Contratto con lo sponsor	UOC Formazione, Qualità e Performace	6) Inserire clausole che possono favorire lo sponsor e/o personale predeterminato	Non adeguate verifiche	Alto	Alto		
		Selezione del personale destinatario dei eventi formativi sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	7) Favorire personale predeterminato	Mancanza di collegamento tra il fabbisogno formativo del personale e l'offerta formativa proposta	Alto	Alto		
	3) Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati	Acquisizione e selezione dei programmi di eventi formativi esterni sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	8) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto		
		Selezione del personale per la partecipazione agli eventi formativi esterni sponsorizzati	Direzione generale UOC Sviluppo organizzativo risorse umane; UOC Formazione, Qualità e Performace	9) Favorire personale predeterminato	Mancanza di collegamento tra il fabbisogno formativo del personale e l'offerta formativa proposta	Alto	Alto		
		Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati	Tutti i dipendenti Direzione generale UPD	10) Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO	Mancanza di conoscenza e consapevolezza dell'illecito da parte dei dipendenti; Non adeguata attuazione del sistema sanzionatorio sia nei confronti dei dipendenti che nei confronti delle aziende che sponsorizzano la formazione di singoli operatori sanitari	Alto	Alto		



[Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza](#)

- **Misure di trattamento del rischio;**



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

P.I.A.O. 2024/2026

**"Allegato alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e
Trasparenza"**

Misure di trattamento del rischio

MISURA N. 1

Denominazione Misura	Controllo applicazione del regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UOC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (nomina DEC, vigilanza, ...)
Finalità	<p>Il Regolamento è predisposto per prevenire i seguenti rischi individuati nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Contratti pubblici":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Omessa rilevazione o segnalazione di incompatibilità e inconfiribilità; 2) Mancanza di requisiti previsti dal codice appalti 3) Applicazione distorta dei criteri di valutazione 4) Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante OEV 5) Mancata definizione dei criteri motivazionali per l'attribuzione dei punteggi in caso di OEV 6) Applicazione distorta e non congrua nella attribuzione dei punteggi per specifiche tecnico funzionali che individuano un unico operatore economico 7) Alterazioni nell'oggetto dell'appalto 8) Aggravio di costi per l'azienda 9) Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza 10) Mancata verifica requisiti subappaltatore 11) Eccessivo ricorso alle varianti 12) Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma 13) Pagamenti ingiustificati
Referente	La misura sarà attuata su impulso della UOC "Provveditorato-Economato" che assumerà il ruolo di referente della misura.
Cronoprogramma	Entro il 30/06/2024 la UOC "Provveditorato-Economato" predispone una relazione sull'andamento della misura.
Indicatori di monitoraggio	Verifica adozione regolamento
Target	Adozione regolamento



MISURA N. 2

Denominazione Misura	Controlli a campione in loco per prevenire la falsa attestazione della presenza in servizio
Finalità	<p>La misura dovrà essere attuata per prevenire i seguenti rischi individuati nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Controlli e sanzioni":</p> <ol style="list-style-type: none">1) Falsa attestazione della presenza in servizio.2) Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio. <p>La concreta attuazione della misura sarà dimostrata da appositi documenti (es. verbali controllo) idonei a rappresentare i controlli sia sotto il profilo quantitativo (es. n. di dipendenti controllati) che qualitativo (es. criteri utilizzati).</p>
Referente	La misura sarà attuata su impulso dal nucleo per le Verifiche delle presenze di cui alla delibera n. 401 del 5/6/2019.
Cronoprogramma	La misura sarà attuata mediante controllo che hanno come riferimento il periodo compreso tra il 1/1/2024 e il 31/12/2024.
Indicatori di monitoraggio	Numero di controlli effettuati
Target	Minimo 20% personale controllato



MISURA N. 3

Denominazione Misura	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018
Finalità	<p>Nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Ricerca, Sperimentazioni e Sponsorizzazioni" è individuata, quale causa abilitante a generare un fattore di rischio, la presenza di un interesse dello sponsor privato volto alla diffusione "condizionata" dei propri prodotti in un sistema di pubblico servizio, di un conflitto di interesse e comparaggio e la non corretta applicazione del regolamento aziendale.</p> <p>Nella Sezione "Formazione del personale" del medesimo Catalogo, inoltre, sono individuati i seguenti eventi rischiosi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Per gli eventi formativi sponsorizzati in Azienda:<ol style="list-style-type: none">1) Pilotamento della definizione o selezione degli eventi formativi sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private2) Inserire clausole che possono favorire lo sponsor e/o personale predeterminato3) Favorire personale predeterminato• Per gli eventi formativi esterni sponsorizzati:<ol style="list-style-type: none">4) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private5) Favorire personale predeterminato6) Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante verifiche a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 ("Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi").</p> <p>L'output della misura consisterà in un verbale di controllo e in una attestazione di regolarità da rendere a cura della UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".</p> <p>La misura è strettamente collegata alla misura 7.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".



Cronoprogramma	La misura sarà attuata mediante controllo che hanno come riferimento il periodo compreso tra il 1/1/2024 e il 31/12/2024.
Indicatori di monitoraggio	Percentuale di attività controllate sul totale frequentate
Target	Min 5%

MIISURA N. 4

Denominazione Misura	Controllo dell'applicazione di quanto integrato al regolamento approvato con delibera n. 385/2018 per l'acquisizione di beni e servizi con la previsione di sanzioni per gli sponsor che ("Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi"), finanziano direttamente i dipendenti
Finalità	<p>Il regolamento approvato con delibera n. 385/2018 prevede che gli sponsor dichiarino la disponibilità a contribuire alla copertura delle spese per la partecipazione ad eventi di formazione e aggiornamento del personale dipendente dell'Azienda mediante domanda da presentare direttamente alla Direzione generale che provvede poi ad individuare i dipendenti idonei alla partecipazione degli eventi promossi.</p> <p>Il Regolamento esclude che gli sponsor possano sponsorizzare direttamente il singolo dipendente, anche mediante il solo rimborso delle spese di viaggio.</p> <p>In tale contesto, nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Formazione del personale" sono individuati i seguenti eventi rischiosi relativi agli eventi formativi esterni sponsorizzati:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private2) Favorire personale predeterminato3) Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante l'integrazione del Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la previsione, per gli sponsor che, in violazione del reg. 385/2018, finanziano direttamente i singoli dipendenti, dell'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.</p> <p>La misura è strettamente collegata alla misura 6.</p>
Referente	La misura sarà attuata su impulso della UOC "Provveditorato-Economato" che assumerà il ruolo di referente della misura.



Cronoprogramma	Entro il 30/06/2024 la UOC "Provveditorato-Economato" predisporre una relazione sull'andamento della misura.
Indicatori di monitoraggio	Verifica adozione regolamento
Target	Adozione regolamento

MISURA N. 5

Denominazione Misura	Formazione specialistica in materia di appalti pubblici
Finalità	<p>Nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Contratti pubblici", la mancanza/carenza di competenze specifiche, anche in riferimento alle specifiche categorie merceologiche, è individuata tra le cause abilitanti di eventi rischiosi sia nella fase di progettazione della gara che nella fase di selezione del contraente.</p> <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante la realizzazione di attività di formazione su normativa codice degli appalti.</p> <p>Sarà coinvolto tutto il personale delle UOC "Provveditorato ed Economato", "Tecnologia Ospedaliera", "Ingegneria Ospedaliera" e "Sistemi Informatici Aziendali".</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".
Cronoprogramma	I corsi saranno inseriti nel PAF (Piano aziendale di formazione) e realizzati entro il 31/12/2024.
Indicatori di monitoraggio	Numero di dipendenti formati/Numero di dipendenti assegnati alle UU.OO.CC. interessate
Target	90%

MISURA N. 6

Denominazione Misura	Contrasto ad un uso distorto del Piano aziendale di formazione
Finalità	<p>Nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Formazione del personale" sono individuati i seguenti eventi rischiosi relativi allo Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alterazione del fabbisogno formativo al fine di curvare il piano di formazione al perseguimento di finalità e utilità private 2) Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione 3) Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri. 4) Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" (in una apposita sezione da creare all'interno della pagina A.O.R.N. Caserta >> Amministrazione Trasparente >> Altri contenuti) del sito internet aziendale del PAF (Piano aziendale della formazione) e dei report periodici previsti dal punto 2.1.3 del Regolamento approvato con deliberazione n. 389/2018.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".
Cronoprogramma	La pubblicazione del PAF avverrà entro 30 gg dalla sua adozione. La pubblicazione dei report avverrà entro 10 gg dallo loro redazione.
Indicatori di monitoraggio	Verifica pubblicazioni
Target	Avvenute pubblicazioni



MISURA N. 7

Denominazione Misura	Controllo delle cause di inconferibilità di cui all'art. 35 bis del D. Lgs. 165/2001 e all'art. 3 del D. Lgs. 39/2013
Finalità	<p>Il PNA raccomanda di prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative le verifiche della sussistenza di eventuali cause di inconferibilità di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.</p> <p>Pertanto, la presente misura sarà attuata mediante una verifica campionaria del casellario giudiziale dei dipendenti oggetto degli incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.</p> <p>Il Campione sarà costituito da almeno il 5% degli incarichi conferiti.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC G.R.U. che individuerà la procedura di campionamento e i soggetti coinvolti.
Cronoprogramma	<p>Il campionamento sarà effettuato entro il 30/06/2024 con riferimento agli incarichi in essere al 31/05/2024.</p> <p>Successivamente, entro il 31/07/2024, si provvederà a richiedere i casellari giudiziali dei dipendenti campionati.</p>
Indicatori di monitoraggio	Numero dipendenti controllati/numero dipendenti destinatari incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013
Target	Min 5%



MISURA N. 8

Denominazione Misura	Rotazione del personale
Finalità	<p>L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è stato previsto nel PNA come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare.</p> <p>L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Tale misura, c.d. rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione ordinaria. La rotazione c.d. "ordinaria" del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta infatti una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. Essa è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b).</p> <p>La misura sarà attuata mediante la predisposizione di un apposito Piano di Rotazione, ordinaria e straordinaria, da attuarsi nel biennio successivo.</p> <p>Il Piano sarà predisposto secondo i principi del PNA 2022 (Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023).</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "Gestione Risorse Umane" sotto il coordinamento della Direzione Amministrativa.
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2024 sarà attuato il Piano
Indicatori di monitoraggio	Verifica Predisposizione Piano
Target	Predisposizione Piano

MISURA N. 9

Denominazione Misura	Contrasto al fenomeno del pantouflage
Finalità	<p>Il PNA raccomanda di inserire nei PTPCT misure volte a prevenire il fenomeno cd. Pantouflage (art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter, modificato dall'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012).</p> <p>Pertanto, la presente misura sarà attuata mediante l'acquisizione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri).</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "Gestione Risorse Umane".
Cronoprogramma	La misura ha carattere strutturale e sarà attuata ogni volta che ci sarà una cessazione dal servizio di dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali
Indicatori di monitoraggio	Numero dichiarazioni acquisiti/numero dipendenti cessati che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali
Target	100%



MISURA N. 10

Denominazione Misura	Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo
Finalità	<p>Tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.</p> <p>L'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT.</p> <p>La formazione sarà strutturata su due livelli:</p> <ul style="list-style-type: none">○ uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità;○ uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. Dovrebbero, quindi, definirsi percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono.
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".
Cronoprogramma	I corsi saranno inseriti nel PAF (Piano aziendale di formazione) e realizzati entro il 31/12/2024.
Indicatori di monitoraggio	Numero dipendenti oggetto di formazione generale/numero dipendenti totali Numero dipendenti oggetto di formazione specifica/numero dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo
Target	Primo indicatore: 30% Secondo indicatore: 90%



Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza

- Obblighi di trasparenza



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

P.I.A.O. 2024/2026

"Allegato alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza"

Obblighi di trasparenza



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. 1 comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/ Anticorruzione)	RPCT	Annuale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	Art. 12, c. 2, d.lgs. n.	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.
--	-----------------------------	------------------------------	--	---------------------	----------------------------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Disposizioni generali		33/2013		regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione		n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	UOC gestione risorse umane	Tempestivo
	Oneri informativi	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	UOC Affari generali	Tempestivo



	per cittadini e imprese	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
--	-------------------------	----------------------------	---	---	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Disposizioni generali				allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti		
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n.69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016	
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Curriculum vitae		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982</p>	<p>1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del</p>	<p>non applicabile</p>	<p>Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).</p>
--	---	--	------------------------	---



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione				mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico



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

	<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982</p>	<p>3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)</p>	<p>non applicabile</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>
--	---	--	------------------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				



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

		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	--	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		non applicabile
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico		Nessuno



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

	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs.	pubblicare sul sito web)	Curriculum vitae	Nessuno
--	---------------------------------	--------------------------	------------------	---------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		n. 33/2013				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Nessuno
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Nessuno



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

		<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>	<p>1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)</p>	<p>non applicabile</p>	<p>Nessuno</p>
--	--	---	--	------------------------	----------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).



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

Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
---	----------------------------------	--	---	-----------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione			direzione o di governo	dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	----------------------------	--	--	---	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	UOC gestione risorse umane UOC Affari legali UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico:		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Table relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Consulenti e collaboratori		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	---	---	----------------------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	UOC gestione risorse umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).



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

	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi	UOC gestione risorse umane	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
--	---	--	----------------------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale				accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC gestione risorse umane	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)



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

	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente	Per ciascun titolare di incarico:		
--	---	--	--	-----------------------------------	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC gestione risorse umane	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)



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

	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
--	--	---	---	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	UOC gestione risorse umane	Tempestivo
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	non applicabile	Annuale
	Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC gestione risorse umane	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	UOC gestione risorse umane	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC gestione risorse umane	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC gestione risorse umane	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC gestione risorse umane	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC gestione risorse umane	Nessuno		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC gestione risorse umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC gestione risorse umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
--	--------------------	--	-----------------------------	--	----------------------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	UOC gestione risorse umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)



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

Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	UOC gestione risorse umane UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
---	--	---	--	---	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Nominativi	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Curricula	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	-----	--	-------------------------------	-----------	---------------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	UOC affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	UOC gestione risorse umane UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	------------------------	----------------------------------	------------------------	---	----------------------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
			(da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile	
		Per ciascuna delle società:				

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.
--	--	---	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati						39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	non applicabile	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento		
Enti controllati		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					Per ciascuno degli enti:			
					1) ragione sociale		non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati				3) durata dell'impegno	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	
	Tipologie di procedimento			Per ciascuna tipologia di procedimento:	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			



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

	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	---	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze		



Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
--------------------------------	---	--------------------------------	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	non applicabile	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
---	---	---	--	--

ALLEGATO 1) SEZIONE " ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le	Codice Identificativo Gara (CIG)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	"Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Table riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali		Tempestivo
				Per ciascuna procedura:		



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture,	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs n. 50/2016)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)		Tempestivo



	<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs n. 50/2016</p>	<p>Avvisi e bandi – Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di</p>	<p>Tempestivo</p>
--	---	--	--	-------------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti				bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs n. 50/2016)		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs n. 50/2016)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs n. 50/2016)		Tempestivo



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

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori,	Tempestivo
--	--	---	------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti				complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs n. 50/2016)		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualsiasi genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
---------------------	--	--	---	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici			dei relativi provvedimenti finali)			
			(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Non applicabile	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Non applicabile	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bilanci		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	---	---	---	---	-----------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOC Provveditorato-Economato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	RPCT	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)		Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	UOC affari legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio		Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	UOC Controllo di gestione	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato da art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	UOC SIA	Tempestivo



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

	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	non applicabile	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
--	--------------------	------------------------------------	---	--	-----------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	UOC GEF	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)		Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti		Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	------------------------------	---	------------------------------	---	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
				possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	UOC Ingegneria Ospedaliera	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
---	----------------------------------	---	---	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Opere pubbliche		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Ingegneria Ospedaliera	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	non applicabile	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	----------------------------------	---	---	-----------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
				alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse		
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	--	-----------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Informazioni ambientali				costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse		
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	non applicabile	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate		Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della	RPCT	Annuale
-----------------	------------------------------	--	---	--	------	---------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti				legge n. 190 del 2012, (MOG 231)		
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)		Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)		Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		Tempestivo



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

	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		Tempestivo
--	--	---	--	--	------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	UOC SIA	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria		Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione		Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n.190/2012	Dati ulteriori(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Tutte le strutture interessate per competenza	Annuale

Ai fini della presente procedura, laddove viene fatto riferimento a “Tempestivo”, oltre a quanto riportato all’art. 8, d.lgs. n. 33/2013, si ritiene opportuna la pubblicazione tutte le volte in cui si adottano atti/provvedimenti che modificano la situazione in essere.



[Allegato alla sottosezione 3.3](#)

- Programma formativo aziendale 2024

VERBALE N. 3 DEL 29/01/2024 DEL COMITATO SCIENTIFICO

Presso l'ufficio del Direttore della UOC Epidemiologia, Il piano Palazzina A, alle ore 14.30 si sono riuniti, previa autoconvocazione il:

- Direttore UOC Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi Informativi – Federica D'Agostino;
- Direttore UOC Day Surgery Polispecialistica e Chirurgia a Ricovero Breve – Salvatore Massa;
- Direttore UOC OPSOS-Alfredo Matano;
- Dirigente non medico Simonova Zuzana;
- Professioni Sanitarie Infermiere Egidio Sguglia;
- Professioni Sanitarie T.S.L.B. (Area Tecnico Diagnostica) Elena Esposito;
- Coll.Amm. Prof. Alessandra di Lucia Sposito;

Dopo i saluti di benvenuto il Direttore UOC Epidemiologia, delegata anche dal Direttore Sanitario, prende la parola e avvia i lavori.

Il Comitato può esprimersi poiché è stato raggiunto il numero legale, infatti i presenti sono sette componenti più la delega del Direttore Sanitario alla dott.ssa D'Agostino Federica.

Il Direttore UOC Epidemiologia illustra le azioni poste in essere dopo la scorsa riunione in base ai vari suggerimenti di razionalizzazione dei corsi proposti.

Il Direttore D'Agostino fa presente che bisogna ottimizzare, razionalizzare i corsi ma non ridurli poiché occorre garantire, come da Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri P.A. senatore Paolo Zangrillo, almeno 24 ore all'anno di formazione per i dipendenti.

Dopo attenta analisi da parte Comitato Scientifico dei vari corsi e preso atto delle richieste di modifiche e di accorpamento di alcuni di essi si procede con l'approvazione del Piano Formativo 2024.

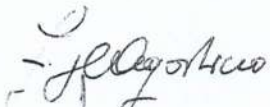
Lo stesso verrà trasmesso al Referente PIAO per la sua aggiunta al Piano che dovrà essere pubblicato entro il 31.12.2023.

Del che è Verbale

LCS

Firme:

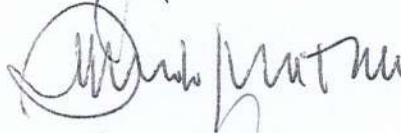
Federica D'Agostino



Salvatore Massa



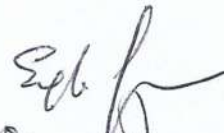
Alfredo Matano



Simonova Zuzana



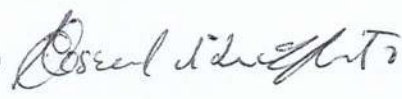
Egidio Sgueglia



Elena Esposito



Alessandra di Lucia Sposito



CORSI 2024

n°	Tipologia formativa	Titolo	UOC/UOSD	Responsabile	Dipartimento	Destinatari
1	RES	Terapie sostitutive renali continue nel paziente critico	UOSD TICV	Dr.ssa MARSICANO Carmela	Dipartimento Cardiovascolare	Dir. Medici ed Coll. Prof. Sanitario di : Nefrologia e dialisi Cardiologia d'emergenza con UTIC Cardiologia clinica a dir. universitaria UTIC Cardiochirurgia Medicina e Chirurgia d'urgenza TICV Anestesia e Rianimazione
2	RES	Ventilazione meccanica: concetti base	UOSD TICV	Dr.ssa MARSICANO Carmela	Dipartimento Cardiovascolare	Dir. Medici, Coll. Prof. Sanitario Dir. Biologi, Farmacisti, Dir. Medico Coll. Prof. Sanitario, Ostetriche, Tecnici di laboratorio biomedico, Tecnici di radiologia
3	RES	Neoplasie mammario-ovariche: predisposizione ereditaria, basi molecolari ed implicazioni cliniche	UOSD Genetica e Biologia Molecolare	Dr.ssa SCHIOPPA Maddalena	Dipartimento dei servizi sanitari	Dir. Biologi, Farmacisti, Dir. Medico Coll. Prof. Sanitario, Ostetriche, Tecnici di laboratorio biomedico, Tecnici di radiologia
4	RES	Alla scoperta del laboratorio di biologia molecolare	UOSD Genetica e Biologia Molecolare	Dr.ssa SCHIOPPA Maddalena	Dipartimento dei servizi sanitari	Dir. Medico Coll. Prof. Sanitario, Ostetriche, Tecnici di laboratorio biomedico, Tecnici di radiologia
5	RES	Plasma e Indicazioni cliniche	Immunohaematologia e Centro Trasfusionale	Dr.ssa RAIMONDI Sonia Anna Dr.ssa INCARNATO Antonietta	Dipartimento dei servizi sanitari	Coll. Prof. Sanitario Tecnici di laboratorio biomedico Dir. Medici
6	RES	Appropriatazza, Richiesta Emocomponenti	Immunohaematologia e Centro Trasfusionale	Dr.ssa RAIMONDI Sonia Anna Dr.ssa INCARNATO Antonietta	Dipartimento dei servizi sanitari	Coll. Prof. Sanitario Tecnici di laboratorio biomedico Dir. Medici

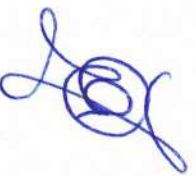
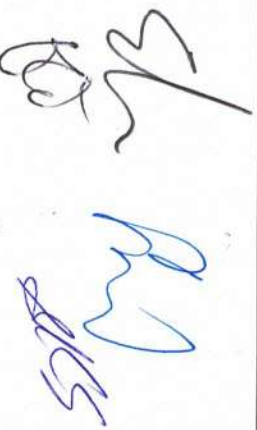
7	RES	Infection & Prevention, Control	UOSD Microbiologia	Dott.ssa ANNECCHIARICO Angela Dr.ssa GRECO Rita	Dipartimento dei servizi sanitari	Dir. Biologi, Farmacisti, Dir. Medico Coll. Prof. Sanitario, Tecnici di laboratorio biomedico, OSS
8	RES	Sicurezza dei farmaci e medical devices: aspetti regolatori e procedure applicative	Farmacia	Dr.ssa DELLO STRITTO Anna	Dipartimento dei servizi sanitari	Tutte le professioni sanitarie
9	RES	Fast Microbiology per la gestione tempestiva delle infezioni	UOSD Microbiologia	Dr.ssa GRECO Rita Dott. MAGGI Paolo	Dipartimento dei servizi sanitari	Dir. Biologi, Farmacisti, Dir. Medico Coll. Prof. Sanitario, Tecnici di laboratorio biomedico
10	RES	Clostridium difficile	UOSD Microbiologia	Dr.ssa GRECO Rita	Dipartimento dei servizi sanitari	Dir. Biologi, Farmacisti, Dir. Medico Coll. Prof. Sanitario, Tecnici di laboratorio biomedico
11	RES	Medicina di laboratorio: le nuove frontiere	Patologia clinica	Dr. PETRUZZIELLO Arnolfo	Dipartimento dei servizi sanitari	Coll. Prof. Sanitario, Dir. Medici Biologi Tecnici di laboratorio biomedico
12	RES	L'Emogasanalisi (EGA) nella pratica clinica - 3a edizione	Patologia clinica	Dr. PETRUZZIELLO Arnolfo	Dipartimento dei servizi sanitari	
13	RES	Il trasporto dei campioni biologici: governance e modello organizzativo	Patologia clinica	Dr. PETRUZZIELLO Arnolfo	Dipartimento dei servizi sanitari	
14	RES	PBM	Immunoelettrologia e Centro Trasfusionale	Dr.ssa RAIMONDI Sonia Anna Dr.ssa INCARNATO Antonietta	Dipartimento dei servizi sanitari	Coll. Prof. Sanitario, Dir. Medici, Tecnici di laboratorio biomedico

15	RES	La gestione multidisciplinare del neonato e del lattante con infezione da Virus Respiratorio Sinciziale	TIN e TNE	Dr. BERNARDO Italo	Dipartimento della salute della donna e del bambino	Coll. Prof. Sanitario, Coll. Prof. Sanitario Pediatrico, Dir. Medico
16	RES	Cardiotossicità (note ed emergenti) in oncologia ed ematologia	Ematologia	Dr. FRIGERI Ferdinando	Dipartimento Oncologico	Dir. Medici (Oncologia, Ematologia, Cardiologia) Coll. Prof. Sanitario
17	RES	Introduzione alla medicina narrativa in Pediatria: uno strumento di miglioramento del percorso di cura	Pediatria	Dr.ssa PASCARELLA Filomena	Dipartimento per la salute della donna e del bambino	Dir. Medici Pediatria, Coll. Prof. Sanitario Pediatrico
18	RES	Promozione, Protezione e Sostegno all'allattamento al seno	Assistenza Neonatale	Dr. DI MONACO Pietro Dr.ssa SOLLO Carmela	Dipartimento per la salute della donna e del bambino	Coll. Prof. Sanitario Pediatrico, Coll. Prof. Sanitario Dir. Medici, Ostetriche
19	FAD	Corso di formazione informazione lavoratori Rischì Generali 81/08	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
20	FAD	Corso di aggiornamento lavoratori 81/08	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
21	FAD	Corso di aggiornamento per Dirigenti	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
22	FAD	Corso di aggiornamento per Preposti	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
23	FAD	Corso di Aggiornamento RLS	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
24	RES	Corso L.L.S.	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Dir. Medici Coll. Prof. Sanitario Ostetriche
25	RES	Corso Teorico -Pratico di Programmazione e Gestione dei Piani d'intervento sanitario per il Primo Soccorso e Gestione Maxi Emergenze	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
26	RES	Corso obbligatorio teorico pratico per Addetti al Primo Soccorso	Psicologia Clinica	Dr.ssa AGRESTI Margherita	Direzione Generale	Tutti i lavoratori



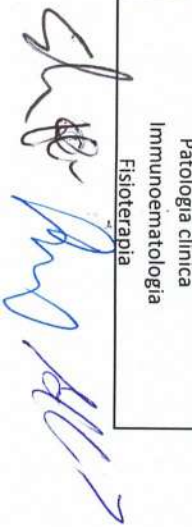
27	RES	Corso di comunicazione assertiva di 1° livello	Psicologia Clinica	Dr.ssa SIMONOVA Zuzana	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
28	RES	Mindfulness: imparare a gestire lo stress e prevenire burn out	Psicologia Clinica	Dr.ssa SIMONOVA Zuzana	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
29	RES	Reiki: come strumento di supporto per il personale sanitario nella pratica infermieristica e la cura di sé	Psicologia Clinica	Dr.ssa SIMONOVA Zuzana	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
30	RES	Tecniche per la gestione del tempo per smettere di procrastinare e avere una migliore qualità di vita	Psicologia Clinica	Dr.ssa SIMONOVA Zuzana	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
31	RES	Corso di comunicazione efficace nella gestione dei conflitti di II livello	Psicologia Clinica	Dr.ssa SIMONOVA Zuzana	Direzione Generale	Tutti i lavoratori

32	RES	Mente Attiva: gestire il funzionamento cognitivo con consapevolezza, potenziando il benessere mentale	Psicologia Clinica	Dr.ssa SIMONOVA Zuzana	Direzione Generale	Tutti i lavoratori
33	RES	BLSD	UOC Epidemiologia; UOC Cardiologia;	Dr.ssa DIAGOSTINO Federica Prof. CALABRO' Paolo	Direzione Sanitaria	Tutto il personale sanitario non afferente al circuito 118

34	RES	Corso pratico-teorico: gestione del rischio clinico nell'Aorn Sant'Anna e S. Sebastiano di Caserta	Risk Management	Dr. LISI Danilo Dr.ssa DI VICO Wanda	Direzione Sanitaria	Dir. Medici, Coll.Prof. Sanitario, OSS
35	FSC	Formazione sul campo in tema di rischio clinico	Risk Management	Dr. LISI Danilo Dr.ssa DI VICO Wanda	Direzione Sanitaria	Dir. Medici, Coll.Prof. Sanitario, OSS
36	RES	Il consenso ai trattamenti sanitari	Medicina Legale	Dr. GIUGLIANO Pasquale	Direzione Sanitaria	Tutte le professioni sanitarie

37	RES	La documentazione sanitaria tra aspetti medico-legali e sicurezza delle cure	Medicina Legale	Dr. ssa CASELLA Filomena Dr. ssa DI VICO Wanda	Direzione Sanitaria	Tutte le professioni sanitarie
38	RES	5 domande per fare chiarezza sulle SDO	UOC Epidemiologia	Dr. ssa D'AGOSTINO Federica Dr. ssa DI PALMA Valentina	Direzione Sanitaria	Dir. Medici UU.OO. Di ricovero
39	FAD	Facciamo chiarezza sulle SDO: focus sugli indicatori per monitorare LEA ed equità in sanità	UOC Epidemiologia	Dr. ssa D'AGOSTINO Federica Dr. ssa DI PALMA Valentina	Direzione Sanitaria	Dir. Medici UU.OO. Di ricovero
40	RES	La funzione organizzativa del ruolo sanitario nell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano	OPSOS	Dr. LANZUISE Aniello Dr. MATANO Alfredo	Direzione Sanitaria	Coord. Infermieri Coll. Prof. Sanitario Ostetriche Tecnici Coll. Prof. Sanitario Pediatrici
41	RES	Procedure, protocollo, linee guida: strumenti operativi per l'appropriatezza delle cure	OPSOS	Dr. LANZUISE Aniello Dr. MATANO Alfredo	Direzione Sanitaria	Coord. Infermieri Coll. Prof. Sanitario Ostetriche Tecnici Coll. Prof. Sanitario Pediatrici
42	RES	La donazione di organi: implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione e trapianto	OPSOS	Dr. MATANO Alfredo Dr. DE NEGRI Pasquale	Direzione Sanitaria	Tutti i lavoratori
43	RES	Update sui disinfettanti e tecniche di sanificazione delle High touch surface sottotitolo: Giornata mondiale igiene delle mani tra mito e realtà	OPSOS	Dr. MATANO Alfredo Dr. ssa CAPONE Giovanna Dr. LANZUISE Aniello	Direzione Sanitaria	Dir. Medico Coll. Prof. Sanitario, Ostetriche, Coll. Prof. Sanitario Infermieri, Perfusionisti OSS Personale afferente Anatomia Patologica Patologia clinica Immunoneurologia Fisioterapia

44	RES	Corso formativo sul triage globale e Fast Track	OPSOS	Dr. MATANO Alfredo Dr. PATERNOSTO Diego	Direzione Sanitaria	Personale medico e infermieristico afferente a: Medicina e Chirurgia d'urgenza PS Ch. Maxillo Facciale Otorinolaringoiatria Dermatologia Oculistica OPSOS
45	RES	Il cateterismo vescicale tra scienza e fantascienza	Urologia	Dr. RUSSO Luigi Dr. MATANO Alfredo	Scienze chirurgiche	Ostetriche Coll. Prof. Sanitario OSS
46	RES	Maxiemergenza: Conoscenza di base e ruolo dell'operatore sanitario nella catena dei soccorsi in caso di catastrofe o incidente maggiore	Anestesia e Rianimazione	Dr. FARINA Alfonso	Emergenza ed Accettazione	Dir. Medici, Coll. Prof. Sanitario, OSS
47	FSC/FAD	Nuove tecnologie in sala operatoria	UOC Day Surgery polspecialistica e chirurgia a ricovero breve UOSD Sale Operatorie	Dr. MASSA Salvatore Dr. SSA GALLO Concetta	Scienze Chirurgiche	Dir. Medici Coll. Prof. Sanitario Ostetriche
48	RES	Setting Riabilitativi, Lungodegenze ed unità di accoglienze territoriali: criteri di appropriatezza e procedure nell'invio dei pazienti alla dimissione	UOSD Riabilitazione	Dr. FUSCO Michele	Scienze Mediche	Dir. Medici, Coll. Prof. Sanitario, Fisioterapisti, Tecnici

49	RES	Il ruolo della nutrizione clinica nel percorso di cura del paziente	Medicina Interna	Dr.ssa TIBULLO Loredana	Scienze Mediche	Dir. Medico (Med. Int., Geriatria, Gastroenterologia, Nefrologia, Cardiologia, Pneumologia, Mal. Infettive, Fisioterapia, Ch. Generale, Ch. Urgenza, Oncologia, Ematologia, Anestesia, Med Urgenza) Coll. Prof. Sanitario, Logopedisti, Fisioterapisti
50	FSC	GRUPPO GEO: Corso di simulazione in emergenze ostetriche per il team Sala Parto	Ginecologia ed ostetricia	Dr. COBELLUS Luigi	Dipartimento della salute della donna e del bambino	Dir. Medici Ostetriche, Coll. Prof. Sanitario OSS







