



ASL CASERTA

PIAO

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2024-2026



Sommario

Executive summary.....	7
1. Anagrafica dell'amministrazione	10
1.1 Analisi Ambientale	10
1.2 Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione.....	12
2. Valore pubblico.....	26
2.1 Valore Pubblico: definizione	26
2.2 Scenario economico-sociale	27
2.3 Principali Obiettivi di Valore Pubblico attesi	29
2.4 Accessibilità, reingegnerizzazione dei processi e digitalizzazione.....	32
2.4.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Transizione Digitale dell'ASL Caserta	32
2.4.2 Pubblicazione di dati, informazioni e documenti non oggetto di obbligo di pubblicazione ("Dati ulteriori") – Sito Aziendale	36
2.4.3 Nuova area dedicata ai servizi online al cittadino	39
2.4.4 Nuova Articolazione degli uffici	40
2.4.5 Aggiunta del modulo Web Analytics Italia.....	41
2.4.6 Aggiunta di una chatbot	43
2.4.7 Ristrutturazione sezione Bandi di Gara e Contratti	47
2.4.8 App Mobile per la Indoor Navigation	49
2.4.9 Digitalizzazione dei processi e degli accessi	50
2.4.10 Digitalizzazione dei Processi del Controllo di Gestione, Budget, Obiettivi e Performance	54
2.4.11 Procedure informatizzate già attive	57
2.4.12 Attività relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico	58
2.4.13 Procedure già attive/da realizzare tramite il portale aziendale "www.aslcaserta.it"	60
3. Il Piano della Performance.....	61
3.1 Obiettivi per aree tematiche	69
3.1.1 Il paziente in età pediatrica	69
3.1.2 La fase pre-concezionale	69
3.1.3 La fase pre-natale	70
3.1.4 La tutela della nascita	70
3.1.5 Il paziente cronico e/o fragile.....	70
3.1.6 Area delle Cure palliative.....	70
3.1.7 L'assistenza domiciliare	71
3.1.8 La salute mentale.....	71
3.1.9 I disturbi del neuro-sviluppo dell'età evolutiva	72
3.1.10 Le dipendenze patologiche	72

3.1.11	Area del Dipartimento di Prevenzione	73
3.1.12	La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale	75
3.1.13	Prevenzione malattie croniche non trasmissibili.....	75
3.1.14	Il paziente oncologico	76
3.1.15	Prevenzione patologie oncologiche.....	76
3.1.16	Prevenzione patologie cardiovascolari.....	77
3.1.17	Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata.....	77
3.1.18	Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie	77
3.1.19	Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti.....	77
3.1.20	Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari.....	78
3.1.21	Distribuzione per conto (DPC)	78
3.1.22	La gestione delle liste di attesa – Governo dell'offerta, appropriatezza e tempi di attesa.....	78
3.1.23	Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa	78
3.1.24	Riorganizzazione dei distretti sanitari.....	79
3.1.25	Area dell'emergenza	79
3.1.26	Area della Medicina Generale (MMG, Ped Is)	79
3.1.27	La comunicazione sanitaria.....	79
3.1.28	Obiettivi economici.....	80
3.1.29	Obiettivi amministrativi e gestionali.....	80
3.1.30	La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore.....	81
3.1.31	Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione	81
3.1.32	Schede delle misure di prevenzione 2024-2026.....	81
3.1.33	Ulteriori obiettivi schede	86
3.1.34	Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza	87
3.1.35	Schede Trasparenza (1-12)	87
3.1.36	Schede Obiettivi Privacy (1-7).....	88
3.1.37	Obiettivi LEA. Sistema di garanzia	88
3.1.38	Obiettivi distrettuali.....	101
3.1.39	Obiettivi Area dell'Assistenza Ospedaliera	102
3.1.40	Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19	111
4	Rischi Corruttivi e Trasparenza – Piano Triennale Prevenzione della Corruzione.....	112
4.1	Analisi del contesto	116
4.1.1	Contesto esterno Azienda Sanitaria Locale Caserta	116
4.2	Gestione del rischio	122
4.2.1	Mappatura dei processi	122
4.2.2	Valutazione del rischio.....	122
4.2.3	Trattamento del rischio: previsione delle misure.....	124

4.2.4 Pantouflage.....	133
4.2.5 Whistleblowing.....	136
4.2.6 Aree di rischio generali.....	151
4.2.6.1 Aree di rischio Contratti Pubblici.....	151
4.2.6.2 Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023.....	154
4.2.6.3 Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023.....	154
4.2.6.4 Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.....	154
4.2.6.5 Il RUP.....	155
4.2.6.6 Conflitti di Interesse - RUP.....	156
4.3 Controllo e rendicontazione misure PNRR.....	158
4.3.1 Obblighi di pubblicazione e trasparenza dei contratti pubblici – PNRR.....	161
4.4 Procedure di gara nell'ASL Caserta e gli indicatori di monitoraggio.....	161
4.4.1 Procedure di Gara per la fornitura di farmaci e presidi con gare aziendali (non So.Re.Sa.).....	161
4.4.2 Affidamenti servizi esternalizzati.....	162
4.4.3 Procedure di acquisto di materiale economale.....	163
4.4.4 Procedure di acquisto di materiale Hardware, Software e licenze d'uso.....	163
4.4.5 Procedure di gara area tecnologie Sanitarie.....	163
4.4.6 Procedure di gara area tecnico manutentiva.....	164
4.4.6.1 Scelta del contraente.....	164
4.4.6.2 Principali rischi in corso di esecuzione del contratto.....	164
4.4.6.3 Principali rischi nella fase della rendicontazione del contratto.....	165
4.4.6.4 Programmazione misure Esecuzione del Contratto.....	165
4.4.6.5 Acquisti autonomi e proroghe contrattuali.....	165
4.5 Indicatori di Monitoraggio.....	167
4.6 Aree di Rischio -Reclutamento del personale Incarichi e nomine.....	169
4.6.1 Incarichi dirigenziali di struttura complessa.....	171
4.6.2 Incarichi a Direttore di Dipartimento.....	172
4.6.3 Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero.....	172
4.6.4 Incarichi di Direzione di struttura semplice.....	172
4.6.5 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza.....	173
4.6.6 Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria.....	173
4.6.7 Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992.....	174
4.6.8 Incarichi extra-istituzionali.....	174
4.7 Aree di rischio specifico in Sanità - Attività Libero Professionale ALPI e Liste di Attesa.....	176
4.7.1 Liste d'attesa.....	177
4.8 Controlli nelle strutture accreditate.....	178

4.9 Attività di vigilanza, controlli, ispezioni nell'area del Dipartimento di Prevenzione	181
4.9.1 Misure per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria	181
4.10 Assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedalieri	182
4.11 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	187
4.11.1 Procedura Gestione Cespiti	188
4.12 I PTRI le UVI ed i Cogestori	189
4.13 Spesa farmaceutica convenzionata ed interna	193
4.14 Ulteriori misure di controllo sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, sul rispetto delle liste di attesa e sui tetti di spesa dei centri accreditati.....	194
4.15 La Normativa Antiriciclaggio e l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Analisi e adempimenti relativi....	195
4.15.1 La normativa	195
4.15.2 L'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (U.I.F.).....	196
4.15.3 Indicatori di anomalia	197
4.15.4 Programmazione misure Antiriciclaggio.....	198
5 Sottosezione di programmazione-Trasparenza e accessibilità.....	201
5.1 Obiettivi strategici	202
5.2 Soggetti responsabili del monitoraggio sulla trasparenza	203
5.3 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati	204
5.4 Dati da pubblicare	205
5.5 Procedura per la pubblicazione dei dati.....	205
5.6 Aggiornamento sullo stato di attuazione	206
5.7 Comprensibilità dei dati	207
5.8 Controllo e monitoraggio	207
5.9 Accesso civico	208
5.10 Standard di pubblicazione-Accorgimenti utili per la redazione dei documenti oggetto di pubblicazione	208
5.11 Rimozione dei dati	210
5.12 Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti.....	210
5.13 Norme generali sui concorsi	211
5.14 Pubblicazione delle Banche Dati	212
6 La Gestione della Privacy all'interno dell'ASL di Caserta	214
7 Organizzazione e capitale umano.....	215
7.1 Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa	215
7.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile.....	218
7.2.1 Atti di Indirizzo dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta	221
7.2.2 Destinatari	222
7.2.3 Condizioni per lo svolgimento del lavoro agile.....	222
7.2.4 Accordo Individuale	222

7.2.5 Comunicazione obbligatoria dell'accordo individuale al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali	225
7.2.6 Stato di Attuazione	225
7.2.7 Attività da realizzare	226
7.2.8 Tecnologia Digitale	227
7.2.9 Conclusioni	228
8 Sottosezione di programmazione. Pari opportunità e bilancio di genere.....	229
8.1 Finalità del bilancio di genere.....	230
8.2 Dimensione delle pari opportunità	230
9 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	235
9.1 Variazione dell'organico in funzione dello stato di avanzamento delle procedure	237
9.2 Cessazioni programmate per il triennio 2024-2026	259
9.3 Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2023-2025	260
10 Sottosezione di programmazione - Formazione del Personale.....	261
11. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio	270
12 Monitoraggio	276
12.1 Aree di competenza, monitoraggio	276
12.2 Monitoraggio misure anticorruzione e indicatori di monitoraggio.....	278
12.3 Ulteriori misure dell'Area Ospedaliera per le procedure ad altissimo rischio	286
12.4 Monitoraggio misure trasparenza e indicatori di monitoraggio	288
12.5 Monitoraggio attuazioni norme della Privacy	288

Executive summary

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stato previsto dal Decreto-legge 9 giugno 2021, n.80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n 113 è redatto ai sensi del D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022 pubblicato in Gazzetta Ufficiale N.151 del 30 giugno 2022 e del D.P.C.M. – Funzione Pubblica 30 giugno 2022, n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” pubblicato in Gazzetta Ufficiale N.209 del 7 settembre 2022. Il Piano Integrato è il documento unico di programmazione che integra la governance dell’Azienda: performance, fabbisogni del personale, formazione, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione, trasparenza.

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

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

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

- Il *Piano della Performance (PdP-art. 10, commi 1, lettera a, e 1-ter, d.lgs. 150/2009)*, poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- Il *P.O.L.A. (art.14, comma 1, della legge 124/2015)* e il *Piano della formazione*, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- Il *Piano triennale del fabbisogno del personale (PFP-art. 6, commi 1, 4 e 6 d.lgs. 165/2001)*, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Il *Piano dell’anticorruzione ed il Programma per la trasparenza*, così da raggiungere la piena trasparenza, nelle attività di organizzazione.
- Piani di azioni positive (*art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006*) - Bilancio di Genere
- Piano per razionalizzare l’utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell’automazione d’ufficio (*art. 2, comma 594, lettera a legge 244/2007*).

Il Consiglio di Stato con parere del 2.3.2022 si è espresso sull’intero impianto normativo del PIAO evidenziando un rischio sostanziale “*La sfida operativa sembra essere costituita dalla capacità del PIAO di affermarsi come strumento di effettiva semplificazione. Uno strumento che non deve costituire (e questo è chiaro, nelle intenzioni*

del legislatore) ciò che nella pratica internazionale viene definito un ulteriore “layer of bureaucracy”, ovvero un adempimento formale aggiuntivo entro il quale i precedenti piani vanno semplicemente a giustapporsi, mantenendo sostanzialmente intatte, salvo qualche piccola riduzione, le diverse modalità di redazione (compresa la separazione tra i diversi responsabili) e sovrapponendo l’ulteriore onere – layer, appunto – di ricomporli nel più generale PIAO. Al contrario, il PIAO, nella ratio dell’art. 6, sembra dover costituire uno strumento unitario, “integrato” (lo rende esplicito la definizione stessa), che sostituisce i piani del passato e li “metabolizza” in uno strumento nuovo e omnicomprensivo, crosscutting, che consenta un’analisi a 360 gradi dell’amministrazione e di tutti i suoi obiettivi da pianificare”

Il presente documento è redatto in coerenza con:

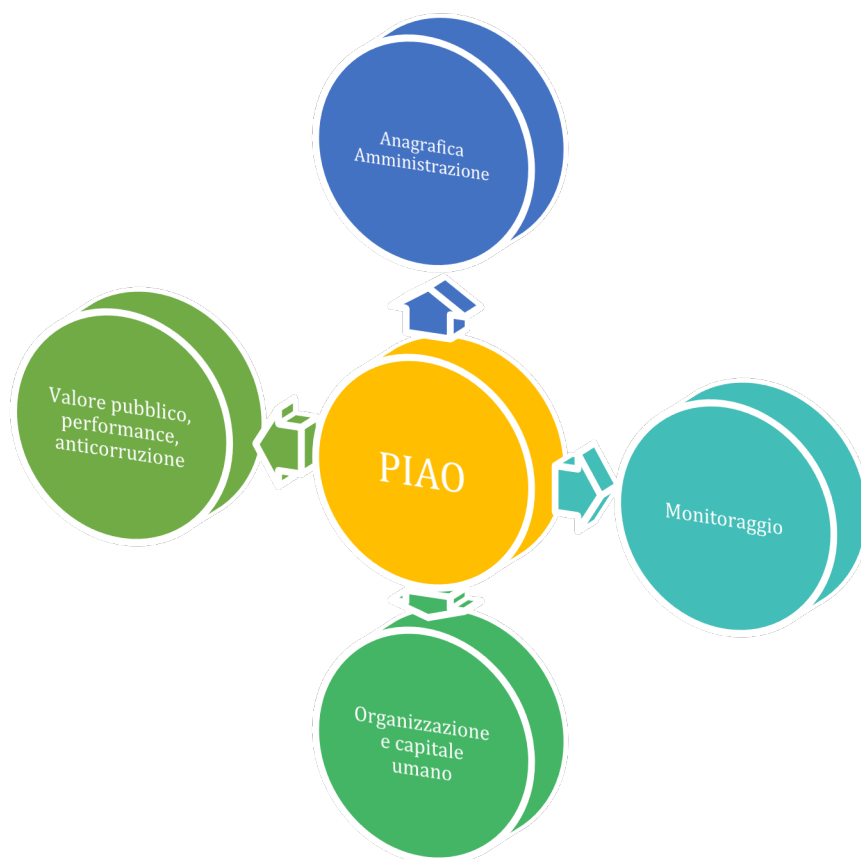
- ♣ la programmazione economico-finanziaria nazionale, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- ♣ gli interventi declinati nella Missione 6 che prevede la riforma dell’assistenza sanitaria territoriale finalizzata alla creazione e al potenziamento delle strutture di prossimità ed in particolare la componente M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l’identificazione delle strutture ad essa deputate;
- ♣ gli obiettivi assegnati al Direttore Generale
- ♣ il Piano Formativo Aziendale (PFA) adottato annualmente;
- ♣ il fabbisogno assunzionale 2024/2026 elaborato sulla scorta delle previsioni delle cessazioni nel triennio, tenendo conto dell’implementazione di alcune attività assistenziali, nonché alla luce delle attività legate al PNRR;
- ♣ il Bilancio Economico di Previsione anno 2024 (Deliberazione aziendale n. 1881 del 3.11.2023);
- ♣ il Programma di Investimenti Aziendale per il triennio 2024-2026

Il PIAO viene organizzato in varie sezioni:

- **Scheda anagrafica dell’amministrazione**, compilata con tutti i dati identificativi dell’amministrazione;
- **Valore pubblico** dove sono definiti:
 - I risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici;
 - Le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - L’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare;
 - Gli obiettivi di valore pubblico generato dall’azione amministrativa, inteso come incremento del benessere economico, sociale, assistenziale ed ambientale a favore del cittadino.
- **Performance**
 - Obiettivi di Performance aziendali;
 - Obiettivi di semplificazione;
 - Obiettivi di digitalizzazione;
 - Obiettivi per realizzare la piena accessibilità;
 - Obiettivi per favorire la pari opportunità e l’equilibrio di genere.
- **Rischi corruttivi e trasparenza** elaborata dal RPCT con:
 - La valutazione dell’impatto del contesto esterno;
 - La valutazione di impatto del contesto interno;
 - La mappatura dei processi, per individuare le criticità;
 - L’identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
 - La progettazione delle misure organizzative per il trattamento del rischio;
 - Il monitoraggio sull’attuazione delle misure;

- La programmazione dell'attuazione della trasparenza e l'accesso civico.
- **Sezione Organizzazione e Capitale Umano** con
 - *Struttura organizzativa*, in cui vengono presentati: l'organigramma aziendale, i livelli di responsabilità organizzativa e l'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio;
 - *Organizzazione del Lavoro Agile*;
 - *Piano triennale dei fabbisogni di personale*;
 - *Bilancio di Genere* (Piani di azioni positive -art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006)
 - *Formazione del personale*.
- **Monitoraggio**, dove vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Fig.1: Sezioni PIAO



1. Anagrafica dell'amministrazione

1.1 Analisi Ambientale

L'ASL di Caserta nasce il 24 marzo 2009 dalla fusione di due aziende del territorio campano (Caserta 1 e Caserta 2) ai sensi del D.G.R. n.504 e 505 del 20 marzo 2009. L'Azienda, così costituita, si estende su una superficie di 2.651,28 Km² situata nella porzione nord-occidentale della Campania, con una morfologia prevalentemente collinare e pianeggiante e un'economia sostenuta principalmente dal terziario, seguito dai settori secondario e primario. La popolazione (circa 906.074 abitanti di cui 444.326 maschi e 461.749 donne al 1 Genn 2023) , che presenta un indice di vecchiaia inferiore alla media, si distribuisce in 104 comuni e si concentra nelle aree di pianura e di collina. Il territorio è occupato per la maggior parte da ampie aree pianeggianti di origine prevalentemente alluvionale (medio e basso bacino del fiume Volturno e valle sinistra del fiume Garigliano), alternate a rilievi subappenninici di natura calcarea (monte Massico, Monte Maggiore, monte Tifata) e vulcanica (complesso di Roccamonfina); le quote si elevano sensibilmente lungo il confine con il Molise, segnato per intero dal versante occidentale del massiccio calcareo del Matese, che nel Casertano raggiunge la massima elevazione con il monte la Gallinola (1.923 m). Numerosi corsi d'acqua solcano il territorio provinciale: oltre al fiume Volturno e al Garigliano, che segna buona parte del confine provinciale con il Lazio, si ricordano i Regi Lagni, l'Agnena, il Savone e il Lete; sviluppata è anche la rete idrografica sotterranea, soprattutto nel massiccio del Matese, sede di accentuati fenomeni carsici; non mancano inoltre bacini lacustri naturali e artificiali (laghi del Matese, di Carinola, di Letino, di Gallo).

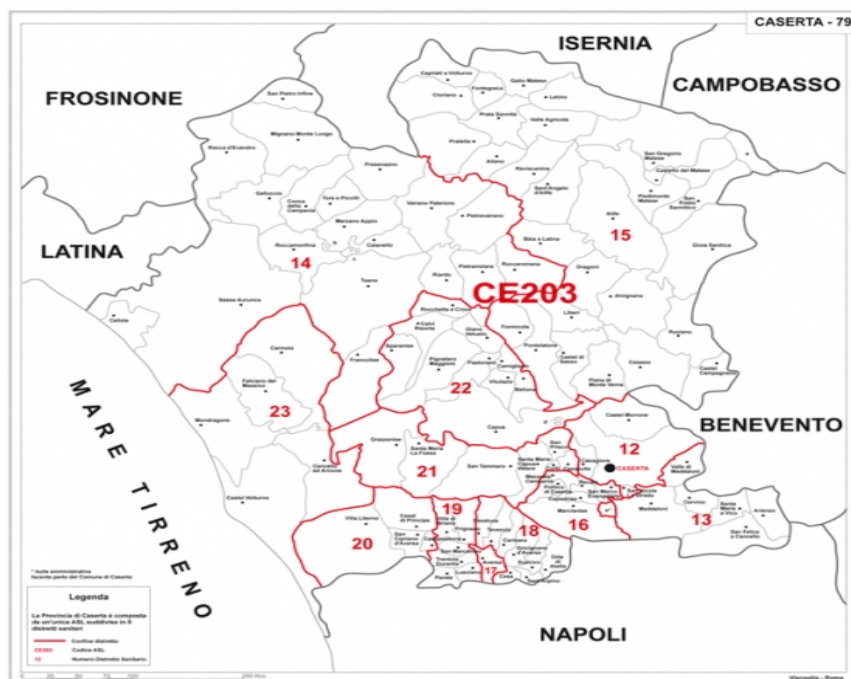


Fig.2 – ASL Caserta-Territorio

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

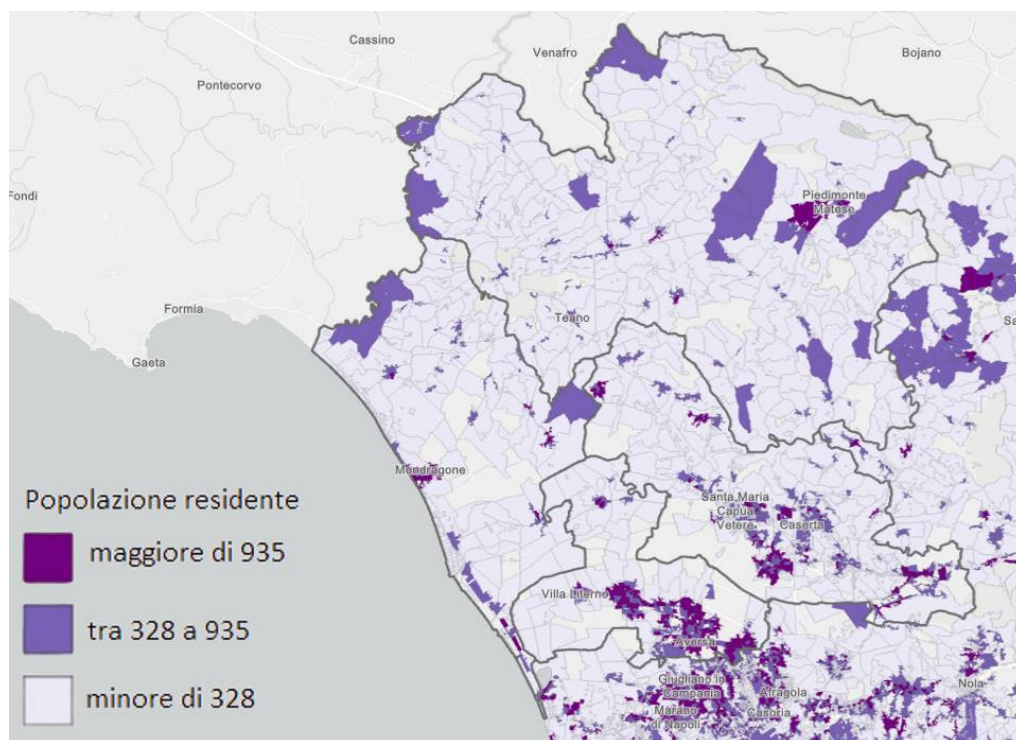


Fig.3 : Situazione demografica (Mappa delle celle censuarie che consente di individuare le zone maggiormente popolate e le zone scarsamente popolate)

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

L'assistenza domiciliare per le malattie croniche nell'ASL Caserta rappresenta l'alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è una forma assistenziale in costante incremento, sia per la qualità di vita del paziente, sia per i vantaggi economici rispetto ad altre forme di ricovero anche extra ospedaliero.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

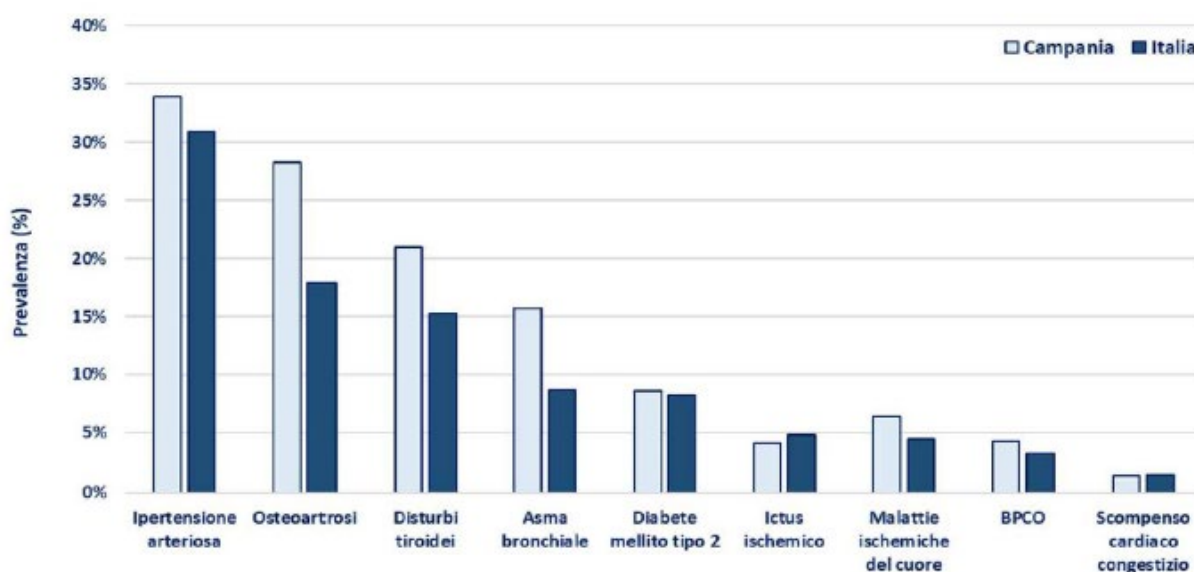
Per la **distribuzione anagrafica della popolazione** (tab.2-3), è possibile notare come il Sud presenti un dato relativo alla popolazione ricompresa nelle fasce 0-14 anni e 15-64 anni maggiore rispetto al resto del Paese, e della media nazionale stessa; ne segue che il Sud presenta un dato relativo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

1.2 Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione

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

- Patologie Cardiovascolari: 24,1%;
- Patologia Diabetica: 5,4%;
- Patologie Respiratorie: 5,9%;
- Patologie Oncologiche: 0,6%;
- Patologie Neuropsichiatriche: 6,0%;
- Patologie Reumatologiche: 10,6%;

Fig.4 Prevalenza delle principali patologie croniche – Confronto Campania/Italia



Tab. 5: Prevalenza patologie croniche

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

Tabella 6: Mortalità infantile. Fonte: Istat.

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

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

Ecco i dati principali emersi dal rapporto

- **La mortalità infantile** in Italia nel 2019 era pari a 2,6 morti nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi, rispetto a 3,1 del 2015.

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

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

La provincia di Caserta, insieme a quella di Napoli, presenta la performance migliore (tasso 2,6).

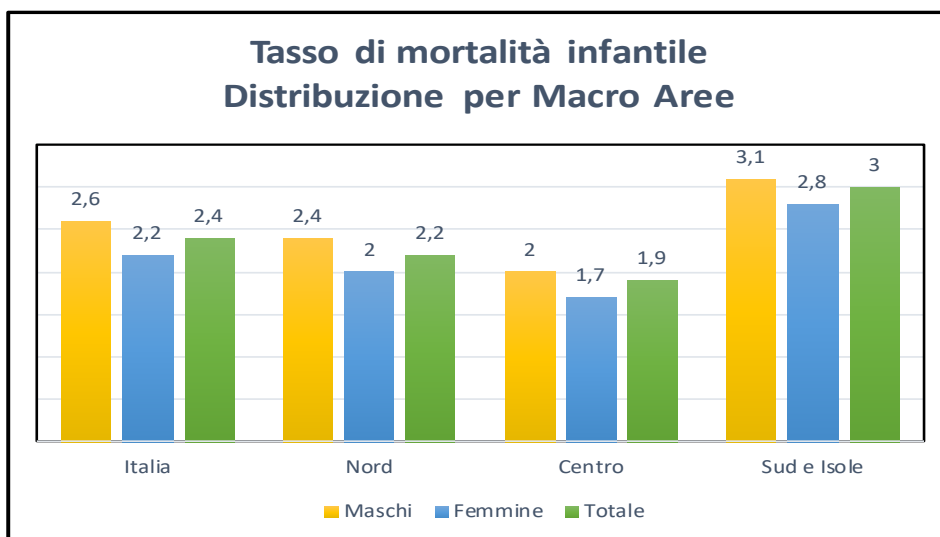


Fig. 5: Tasso di mortalità infantile: Distribuzione per Macro Aree. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022

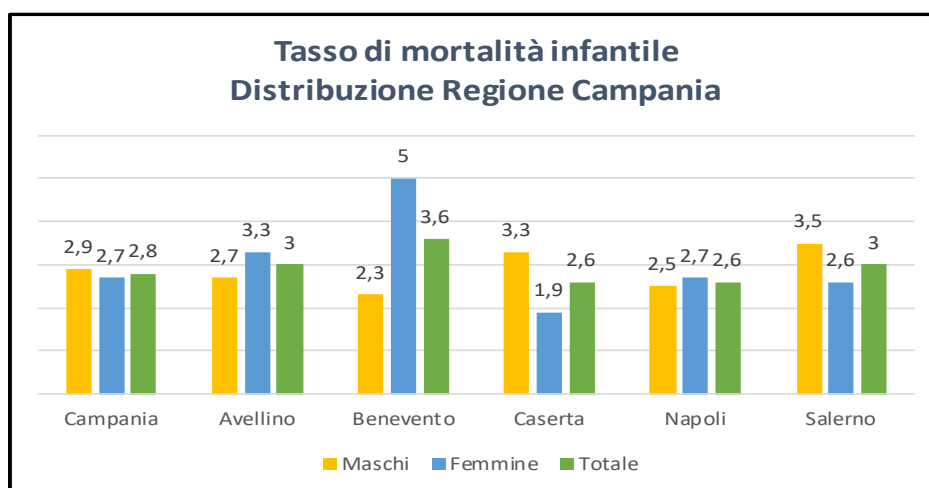


Fig. 6: Tasso di mortalità infantile: Distribuzione Regione Campania. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022

Incidenza e mortalità dei Tumori nell'ASL Caserta (Fonte Registro dei Tumori)

Nel corso del periodo 2008-2018, in provincia di Caserta sono stati diagnosticati 50.258 nuovi casi di tumore: 27.640 tra gli uomini (pari al 55%), 11.336 tra le donne (45%). Il numero medio di tumori maligni per anno è risultato pari a 4.569 (2.513 tra gli uomini e 2.056 tra le donne), cioè circa 5 nuovi casi di tumore all'anno ogni 1000 maschi e 4 nuovi casi all'anno ogni 1000 donne, tra i residenti in provincia. Complessivamente, possiamo stimare che la probabilità di contrarre la malattia nel corso della propria vita per i residenti in provincia di Caserta sia di poco superiore al 33% per gli uomini e al 25% tra le donne ovvero 1 uomo ogni 3 ed 1 donna ogni 4, andranno incontro nel corso della loro vita ad una diagnosi di tumore maligno, mentre in Italia il rischio sale a 1

uomo su 2 e ad 1 donna su 3 (Pool Airtum 2007-2010 e Pool AIRTUM 2010-2014). Per quanto concerne la valutazione dell'andamento nel tempo dei tumori maligni, su "un arco di 11 anni", osservando i trend, si può desumere un andamento dell'incidenza dei tumori nel sesso maschile pressoché costante, mentre risulta significativamente in aumento l'incidenza complessiva dei tumori femminili (**+1,5% annuo**), sebbene più contenuta rispetto a quanto rilevato per il periodo 2008-2013 (+1,8 annuo). In controtendenza, invece l'andamento della mortalità per cause neoplastiche che, in entrambi i generi, risulta significativamente in diminuzione **-0,88% annuo** nelle femmine e **-1,01%** per i maschi.

Il trend in aumento dei tumori tra le donne è ascrivibile agli incrementi statisticamente significativi delle diagnosi di tumore del *polmone* (+5,4%) della *testa e collo* (+4,7%) della *tiroide* (+3,7%), della *mammella* (+2,5%) del *melanoma cutaneo* (+2,9), del *colon retto* (+2%), bilanciato parzialmente dalla diminuzione dei tumori alla vie biliari (-4,8% annuo).

Nei maschi invece, seppure complessivamente costante, l'analisi dei trend differenziata per sede fa rilevare un aumento consolidato delle diagnosi di tumore ai reni (+ 3,1% annuo) e al testicolo (3,2% annuo) bilanciato dalla significativa diminuzione dei tumori delle vie biliari (-12,5% annuo) e del fegato (-2,4% annuo).

I tumori più frequentemente diagnosticati in provincia di Caserta (*incidenza*), nel periodo 2008-2018, sono risultati essere :

- tra gli **uomini**, i tumori del *polmone* (18% del totale dei tumori maschili), seguiti dai tumori della *prostata* (13%), della *vescica* (13%) (comprendente sia i tumori maligni (7,2%) che i benigni (6,4%)), del *colon retto* (12%) e del *fegato* (5%);
- tra le **donne**, i tumori della *mammella* (28% del totale dei tumori nel sesso femminile), seguiti dai tumori del *colon e del retto* (13%), dell'*utero* (corpo e cervice) (7%), della *tiroide* (6%), del *polmone* (5%) e dai *linfomi* (4,6%).

1.3 L'organizzazione

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

Fig.7: Dati ASL Caserta

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

Fig.8: Dati Presidi Ospedalieri ASL Caserta



Fig.9: Dati Distretti Sanitari ASL Caserta

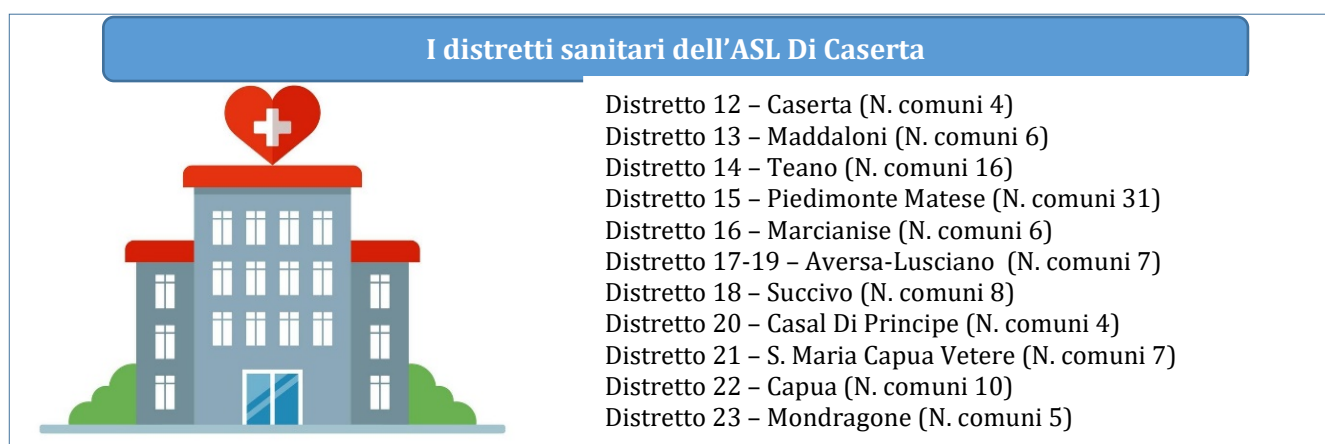


Fig.10: Strutture sanitarie private

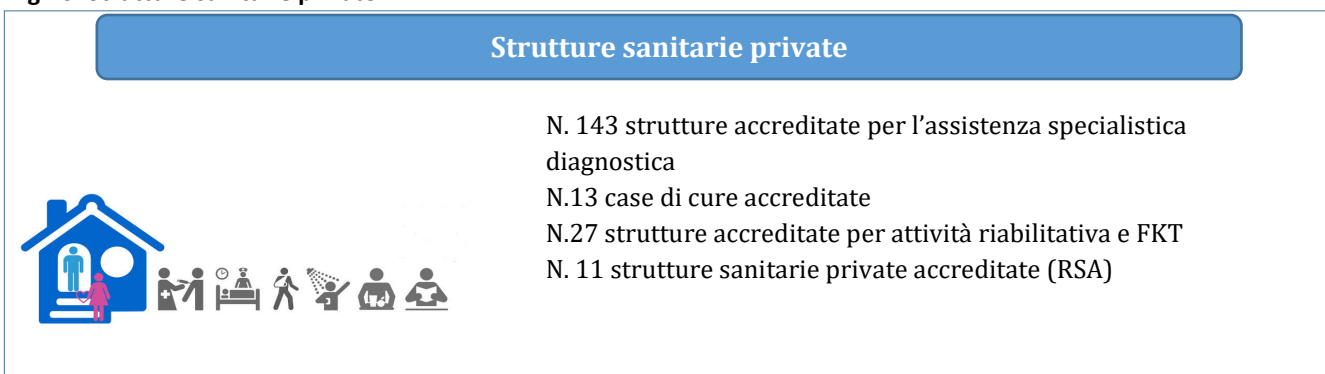
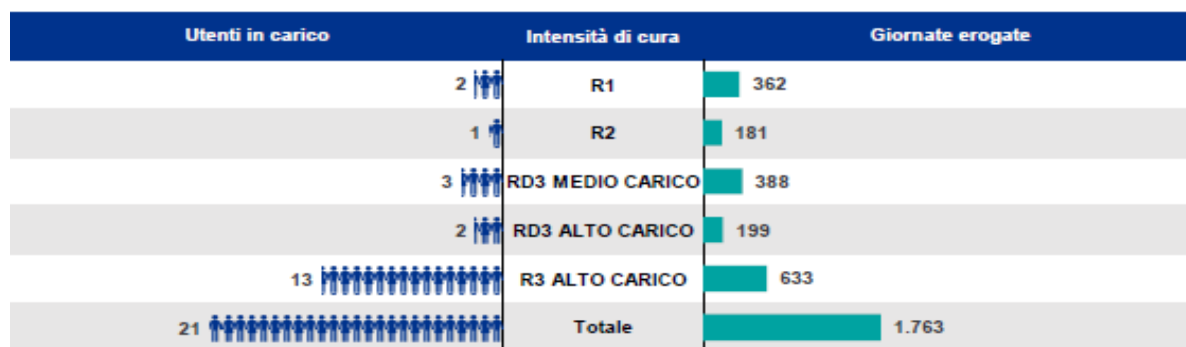


Fig.11: Attività distrettuale Pubblica Residenziale e Semiresidenziale

Adulti non autosufficienti e disabilità – Strutture Residenziali



Fig. 12,13 = Analisi attività per struttura (Dati Soresa/Sinfonia I Sem 2023)



Analisi attività per struttura

Denominazione struttura	Giornate erogate	Posti letto	Tasso di occupazione
S.U.A.P. ASL CE PIEDIMONTE MATESE(R10003)	1.375	10	76,4%
RSA PER DISABILI CASERTA(RSA183)	388	25	8,6%
Totale	1.763	35	28,0%

Adulti non autosufficienti e disabilità – Strutture Residenziali

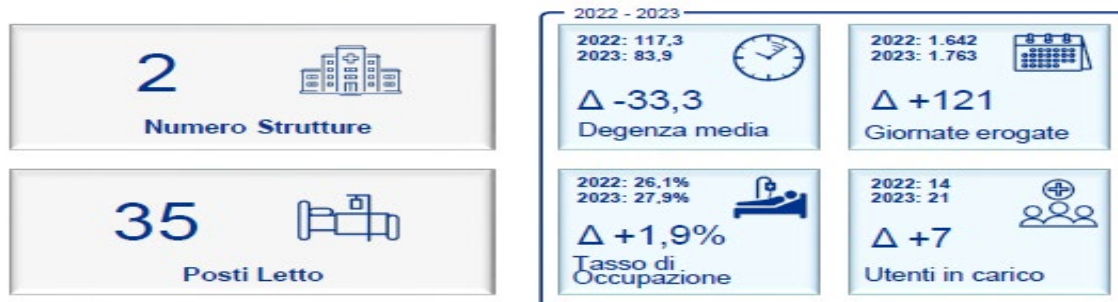


Fig.14: N.Strutture per Adulti non autosufficienti e disabilità-Strutture residenziali

L'Azienda opera mediante 11 Distretti Sanitari:

Distretto	Sede	N. Comuni	Popolazione assistita	Medici di MG	Pediatri di LS
Distretto 12	Caserta	4	106.237	67	13
Distretto 13	Maddaloni	6	77.973	44	11
Distretto 14	Teano	16	70.107	43	7
Distretto 15	Piedimonte Matese	31	66.373	44	7
Distretto 16	Marcianise	6	78.589	46	11
Distretto 17	Aversa	1	47.410	27	6
Distretto 19	Lusciano	6	76.710	42	10
Distretto 18	Succivo	8	101.430	57	15
Distretto 20	Casal di Principe	4	50.344	30	7
Distretto 21	S. Maria Capua Vetere	7	73.225	41	8
Distretto 22	Capua	10	52.690	32	6
Distretto 23	Mondragone	5	65.027	37	9
Totale		104	864.594	510	110

Tabella 7: Popolazione assistita per Distretto con MMG e PLS. Fonte: Sinfonia.

7	Distretto 15	Pietravairano	Via Battisti
8		Roccamonfina	Via Addolorata
9		Caiazzo	Via Caduti sul lavoro
10	Distretto 16	Piedimonte	Via Matese
11		Macerata	Via Mazzini,75
12		Marcianise	Piazza Carità
13	Distretto 17	Aversa	Viale Europa,4
14	Distretto 19	Trentola	V. Circumvallazione, 36
15	Distretto 18	Sant'Arpino	Via De Gasperi, 47
16		Teverola	Corso Italia
17	Distretto 20	San Cipriano	Via Buonarroti, 60
18	Distretto 21	S. Maria Capua Vetere	Via Mazzocchi
19		Grazzanise	Via Albero Lungo
20	Distretto 22	Capua	Via Palasciano
21	Distretto 23	Mondragone	Via degli Oleandri
22		Castel Volturno	Via Marino di M., 10

Tabella 8: Consultori

L'Assistenza Hospice è assicurata da tre strutture accreditate ed una pubblica nel PO di S Felice a C. Nell'assistenza domiciliare integrata sono stati trattati nel 2022 ben 10.169 utenti di cui 3.559 anziani e 1.585 malati terminali. Gli accessi del personale medico sono stati 30.889; le ore effettuate dai terapisti della riabilitazione sono state 120.420 mentre gli infermieri hanno assicurato 206.224 ore di assistenza; le ore effettuate da altri operatori sono state 22.716 per un totale complessivo di 349.360 ore. Nel 2023 rispetto ai 177.428 utenti over 65 la percentuale di copertura per assistenza ADI è pari al 3,66%.

Sono state potenziate le cure domiciliari e l'assistenza agli anziani e data particolare attenzione all'Assistenza residenziale e semiresidenziale con uno specifico target costituito da persone anziane o con patologie croniche (disabili, tossicodipendenti, alcolisti) che necessitano di assistenza e di cure continue, anche per lunghi periodi, presso strutture sociosanitarie adeguate ai loro fabbisogni.

Sono entrati in attività e a pieno regime 12 Chronic Care Center che nel 2023 hanno assistito ben 15.009 pazienti con patologie croniche coprendo il 71,79 dei pazienti con almeno 3 patologie croniche significative.

Tab.9 – Chronic Care Center

DISTRETTO	STRUTTURA	TOT_CASI
DS12 – CASERTA	CHRONIC CENTER DS 12 CASERTA	1784
DS13 – MADDALONI	CHRONIC CARE CENTER	127
DS14 – TEANO	CHRONIC CENTER DS 14 CELLOLE	1185
DS15 - PIEDIMONTE MATESE	CHRONIC CENTER DS 15 ALIFE	104
DS16 – MARCIANISE	CHRONIC CENTER DS 16 MARCIANISE	118
DS17 – AVERSA	CHRONIC CENTER DS 17 AVERSA	1379
DS18 – SUCCIVO	CHRONIC CENTER DS 18 SUCCIVO	1945
DS19 – LUSCIANO	CHRONIC CENTER DS 19 TRENTOLA	2844
DS20 - CASAL DI PRINCIPE	CHRONIC CENTER DS 20 CASALE	919
DS21 - SANTA MARIA CAPUA VETERE	CHRONIC CENTER DS 21 GRAZZANISE	389
DS22 – CAPUA	CHRONIC CENTER DS 22 CAPUA	2051
DS23 – MONDRAGONE	CHRONIC CENTER DS 23 MONDRAGONE	2164
		15009

L'Emergenza ospedaliera e territoriale è assicurata da 4 PS attivi in Presidi Pubblici e 2 attualmente sospesi in quanto dedicati a strutture COVID, 1 PS in una Casa di Cura, 20 Presidi Saut (di cui 18 con ambulanze medicalizzate e due con ambulanze senza medico) e 3 PSAUT territoriali; delle ambulanze 19 sono di tipo "A" con medico a bordo, una è un'Unità Mobile di Rianimazione e due di tipo "B" senza medico.

Fig.17,18: Pronto Soccorso-I Sem 2023 -Fonte Portale So.Re.SA

Modalità di accesso



Codice Triage - Numero accessi e tempo medio di attesa in Pronto Soccorso

Totale Azienda					Numero di Accessi	
1.886	44.226	13.368	-	4.658	8	
21	12	10	-	-	-	
240min	120min	60min	30min	15min	-	
					Tempo medio di attesa (Accesso - Presa In Carico)	
					Tempo massimo di attesa "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero"	

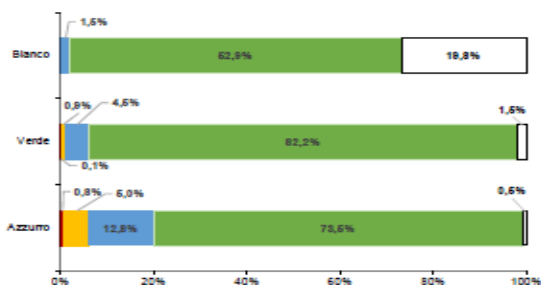
Numero accessi		Presidio	Numero Accessi - Tempo medio di attesa (Accesso - Presa In carico)					
			Bianco	Verde	Azzurro	Giallo	Arancione	Rosso
8.014		PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE	239 (2min)	5.110 (2min)	2.377 (2min)	0 (0min)	196 (2min)	92
9.797		PRESIDIO OSPEDALIERO 'SAN ROCCO'	410 (1min)	6.634 (1min)	2.434 (1min)	0	234 (0min)	82
28.877		PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA	934 (41min)	19.967 (25min)	4.866 (26min)	-	3.565 (11min)	544
17.347		PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE	303 (7min)	12.515 (5min)	3.691 (4min)	0	663 (3min)	174

Classificazione nella rete di emergenza-urgenza

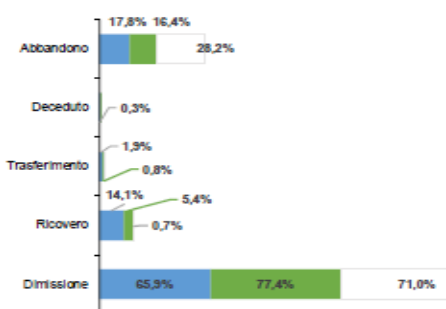
Presidio	Rete di emergenza-urgenza
PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE	Pronto Soccorso
PRESIDIO OSPEDALIERO 'SAN ROCCO'	DEA I livello
PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA	DEA I livello
PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE	DEA I livello

Fig.19-Livello di appropriatezza della rete di emergenza

Livello di appropriatezza (codici non confermati)



Esito Trattamento

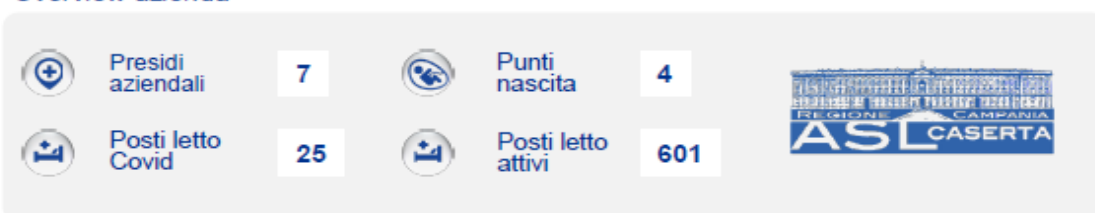


Il grafico sopra presentato «Livello di appropriatezza» permette di visualizzare, il numero di accessi in percentuale per i quali il codice triage di ingresso bianco, verde ed azzurro, non viene confermato a seguito della visita del medico.

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

Assistenza Ospedaliera

Overview azienda



Overview strutture

Struttura	Posti letto DO	Posti letto DH + HS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
P.O. San Giuseppe e Melorio	25	0	87%		21,77	7,73	1,07	4,47	1,42
P.O. San Rocco	91	7	48%	87%	41,76	5,52	0,95	3,06	0,85
P.O. S.G.Moscati Aversa	156	30	74%	98%	115,21	5,44	1,11	4,37	0,98
P.O. Maddaloni	51	13	34%	168%	17,37	9,74	1,53	6,64	1,17
P.O. Mariglianese	83	13	69%	69%	56,99	5,52	0,94	2,91	0,66
P.O. San Felice a Cancelli	18	11	84%	34%	15,08	24,68		23,99	
P.O. Piedimonte Matese	86	17	71%	39%	61,04	5,92	1,12	3,14	0,91
Totale ASL Caserta	510	91	66%	83%	329,22	6,03	1,08	4,86	0,91

Fig.20-Assistenza ospedaliera

Analisi scostamento produzione area specialistica 2022 e 2023 rispetto al 2019, per branca

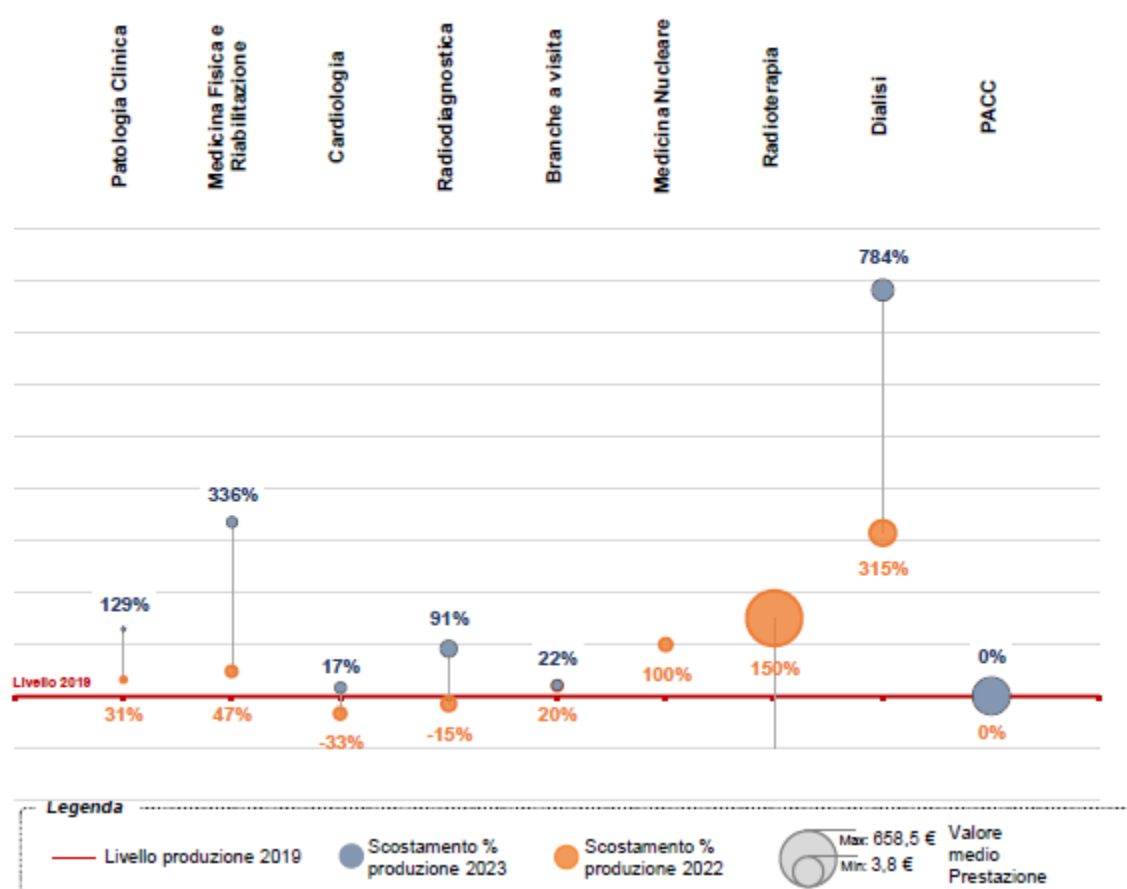


Fig.21- Produzione specialistica



Fig. 22- Attività specialistica

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

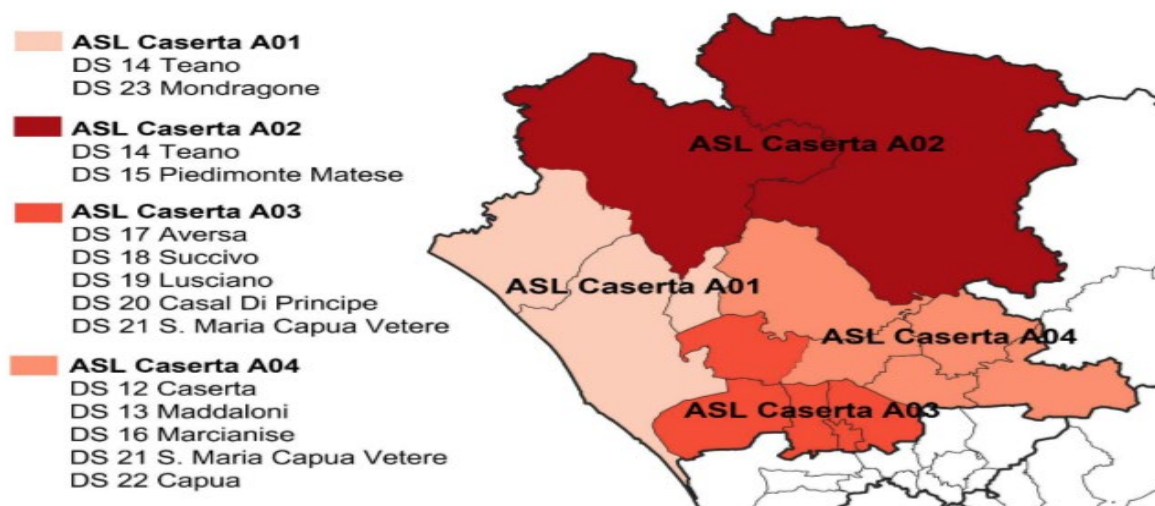


Fig.23 Distribuzione ambiti di Garanzia conferiti sul territorio dell'Asl Caserta

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

- **Ambito di Garanzia 1°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 14, 23 presenti nei seguenti comuni Sessa Aurunca, Cellole, Castel Volturno, Mondragone; Estensione territoriale 524,81 kmq e una popolazione pari all'11,4 %.La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 73%.
- **Ambito di Garanzia 2°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 14, 15 presenti nei seguenti comuni Teano, Vairano Patenora, Piedimonte Matese; Estensione territoriale 1.339,78 kmq e una popolazione pari all'13,3 %.La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 72%.

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

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

Nelle tabelle successive si riporta la copertura territoriale per ambito delle prestazioni Riabilitative e terapeutiche (R: Riabilitazione e T- Terapeutiche)

Tab.10 e Tab.11

Fa.Re. (1 livello)	Fa.Re. (2 livello)	Prestazioni (anno 2022)				
		Regione Cardinalità Prestazione	ASL			
			Ambito 1 (%)	Ambito 2 (%)	Ambito 3 (%)	Ambito 4 (%)
T - Terapeutiche	T10 – Radioterapia	24	0	0	99.8%	100%
	T11 – Chemioterapia	3	0	0	0	97.3%
	T20 – Dialisi	15	100%	98.5%	100%	100%
	T30 – Odontoiatria	53	0	94.6%	100%	100%
	T40 – Trasfusioni	7	0	77.7%	99.8%	97.4%
	T50 – Chirurgia ambulatoriale	144	100%	94.6%	100%	100%
	T90 – Altre prestazioni terapeutiche	105	100%	94.8%	100%	100%

Fa.Re. (1 livello)	Fa.Re. (2 livello)	Prestazioni (anno 2022)				
		Regione Cardinalità Prestazione	ASL			
			Ambito 1 (%)	Ambito 2 (%)	Ambito 3 (%)	Ambito 4 (%)
R - Riabilitazione		160	100%	98.5%	100%	100%

Nel 2023 le strutture pubbliche dell'ASL hanno erogato (Dati File C pubblico) 1.814.058 prestazioni ambulatoriali con un incremento del 27% rispetto al 2022 (1.324.321).

Assistenza assicurata da Centri Privati accreditati. Per la riabilitazione (18 strutture che erogano prestazione ex art.26, 22 di FKT di cui 9 solo di FKT, undici RSA (per disabili e/o per anziani). L'assistenza specialistica è assicurata da 61 laboratori di Patologia Clinica, 28 di Radiologia, 13 di cardiologia, 20 centri di dialisi, 5 di diabetologia, 5 di medicina nucleare, 13 con branche a visita. L'Assistenza Ospedaliera in regime di accreditamento è assicurata da 13 case di cura di cui 1 con PS attivo, 6 con Ostetricia e Rianimazione, 1 con lungodegenza ed una ad indirizzo riabilitativo.

Tab. 12 e 13

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

Branca Tetti	Numero Erogatori Privati per Azienda Territoriale							Totale
	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli Centro	Napoli Nord	Napoli Sud	Salerno	
Diabetologia	3	2	3	7	8	4	5	32
Branche a Visita	3	1	12	31	18	16	15	96
Cardiologia	4	1	13	44	25	18	23	128
Patologia Clinica	42	27	111	153	108	152	134	727
Medicina Nucleare	1	1	5	8	4	2	6	27
Radiodiagnostica	7	13	29	48	37	37	39	210
Radioterapia	1	1	2	2	3	1	3	13
Dialisi	8	5	20	14	20	21	20	108
Medica Fisica e Riabil.	9	9	24	20	21	27	27	137
PACC	5	4	10	8	4	11	6	48
Totale	83	64	229	335	248	289	278	1.526

Dati Economici

CODICE	VOCE MODELLO CE	Al 31/12/2022	Prev. '23	Prev. '24	Δ Prev. '24 vs Cons. '22	Δ Prev. '24 vs Prev. '23
BA2080	Totale Costo del personale	300.823.999	278.432.384	300.823.999	0%	8%
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	103.762.806	103.733.501	102.953.097	-1%	-1%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	232.181.060	203.275.955	218.590.000	-6%	8%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.653.730	2.583.262	3.570.000	-23%	38%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	995.930.197	939.051.953	979.749.797	-2%	4%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	53.239.689	40.451.000	44.430.000	-17%	10%
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	128.877.654	124.922.221	128.249.237	0%	3%
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	54.539.381	42.717.285	54.619.967	0%	28%
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	154.830.809	148.203.738	154.830.809	0%	4%
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	45.035.569	44.819.768	46.097.026	2%	3%
BA0800	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	388.956.931	371.021.836	388.848.227	0%	5%

Tab. 14: Dati economici

Personale in convenzione

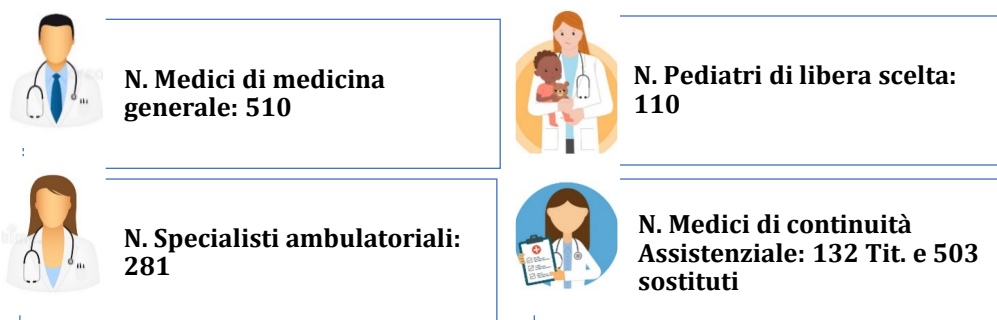


Fig.24-Personale in convenzione

I medici di medicina generale (510) hanno assicurato 29.269 accessi. Per l'assistenza sanitaria di base sono state attivate tutte le forme di associazione dei medici (A.F.T.) per potenziare la rete territoriale.

Particolare attenzione viene posta all'assistenza specialistica ambulatoriale, al recupero e alla riabilitazione funzionale e alle attività diagnostiche e di laboratorio, confermando sia l'attuale struttura in rete tesa al laboratorio unico logico, sia al potenziamento della diagnostica per immagine con l'attivazione anche di quattro TAC territoriali (Caserta, Aversa, Mondragone e Teano) e di una seconda RMN a Marcianise. Sono stati attivati i sei centri diabetologici pubblici.

Nei 29 presidi di Continuità assistenziale sono presenti 183 medici titolari per complessive 279.900 ore di lavoro.

2. Valore pubblico

2.1 Valore Pubblico: definizione

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

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

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

La capacità amministrativa degli attori pubblici di costruire valore pubblico e la fiducia della comunità sono condizioni essenziali e ricorrenti.

“L'ANAC, inoltre, sostiene che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del **valore pubblico**, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi.”

Ad avviso dell'ANAC va privilegiata una nozione ampia di **valore pubblico** intesa, come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di un servizio”, e ribadisce che “si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili, ma comprensivo anche di quelli socio-economici, che ha diverse sfaccettature e copre varie dimensioni del vivere individuale e collettivo”.

In altre parole “**le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico ma, nello stesso tempo, sono esse stesse produttive di valore pubblico, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese**”.

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

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

Avvalendosi delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e uniformando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

In riferimento alle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie ad essa delegate dai Comuni, ai sensi dell'art.3 D.Lgs. 502/92, l'Azienda assume i principi sopradetti assicurando il rispetto dei contenuti degli specifici Piani di Zona e promuovendo con il mondo dell'associazionismo e del volontariato, le modalità del lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà.

¹ Il Valore Pubblico. Enrico Deidda Gagliardo

² Dipartimento della Funzione Pubblica, Linee guida per il Piano della performance – Ministeri, N. 1, giugno 2017.

Un modello di misurazione del Valore Pubblico potrebbe essere rappresentato dalla Piramide del Valore Pubblico, proposto dal Prof. Enrico Deidda Gagliardo. Tale framework, con un'architettura piramidale, è articolato in **diverse dimensioni della performance** misurate attraverso specifici indicatori.

Fig.25: Fonte: La Piramide del Valore Pubblico, Centro di Ricerca sul Valore Pubblico (CERVAP)

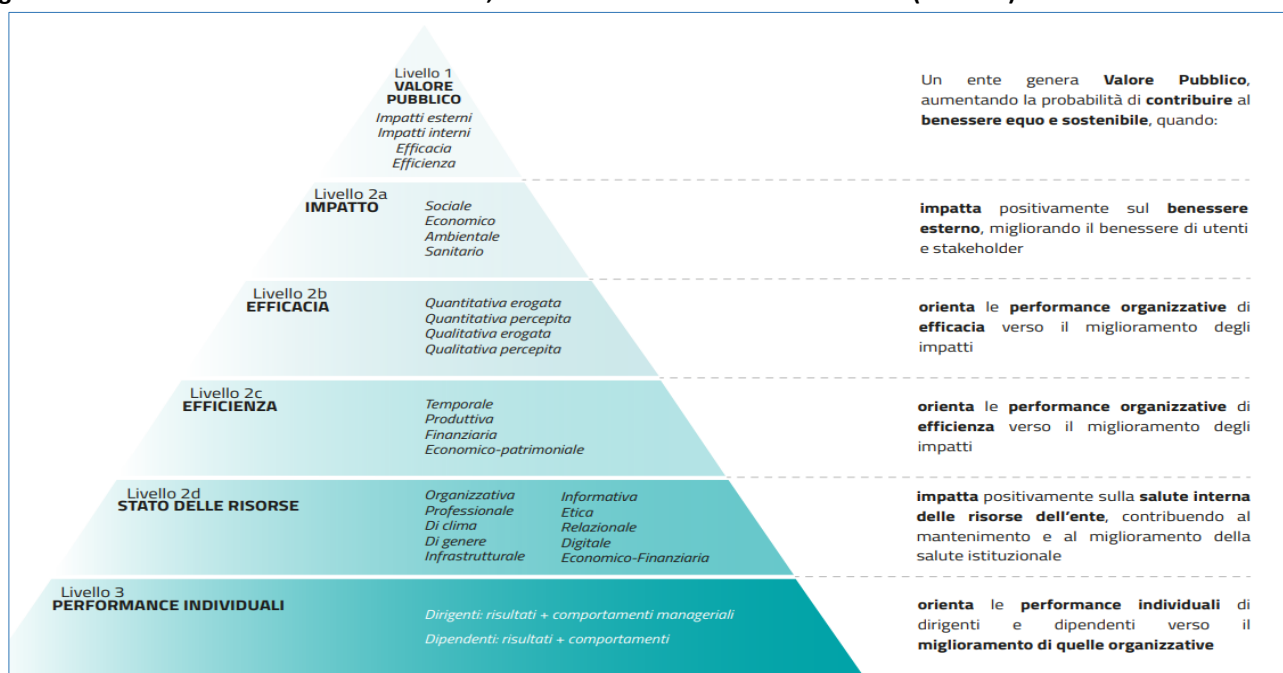


Fig. 26 Gli ambiti di misurazione della Performance e la loro integrazione (Doc.ASI)



Nella figura 25 Bis viene rappresentato il percorso logico di interrelazione tra i diversi elementi e influenze del Valore Pubblico sull'azione dell'Azienda..

2.2 Scenario economico-sociale

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

patologie croniche e dei tassi di obesità (soprattutto tra i minori).³ Infatti i bassi tassi di mortalità e fertilità hanno reso l'Italia uno dei Paesi più "anziani" al mondo. Il futuro demografico in Italia restituisce un potenziale quadro di crisi⁴:

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

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

Il prossimo triennio 2024/2026 rappresenta per la Sanità Pubblica un periodo di svolta, nel quale saranno concretizzate le Misure e le Azioni previste dal PNRR, Missione 6, tese alla standardizzazione e al potenziamento della Medicina Territoriale. In tal senso i Distretti Sanitari e i Dipartimenti Strutturali dovranno ricollocare la loro attività nelle nuove forme organizzative previste dal DM 77/2022, per consentire il transito da un'attività di Medicina d'attesa ad una di Iniziativa o, meglio, Proattiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³ La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN. Fondazione FarmaFactoring

⁴ Report Previsioni demografiche. Istat - 2021

2.3 Principali Obiettivi di Valore Pubblico attesi

Tab. 15: Obiettivi Valore pubblico attesi. Sintesi

PIAO - Sez. 2 Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione - "SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO"						
Obiettivo di valore pubblico atteso	Riprogrammazione centralità del distr. Sanit / Restituire ai PPOO la sola funzione per acuti	Obiettivo strategico di riferimento				
		Integrazione ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale.				
		Obiettivo triennale collegato				
		Ridefinire la governance locale e l'assetto organizzativo degli ambiti distrettuali				
Descrizione indicatore	indicatori di impatto					
	Dimensione	Obiettivo	Baseline	Target	Strutture coinvolte	Fonte del dato
Ricoveri per Asma pediatrica e Ric. per Gastroenterite Pediatrica	Sanitaria	Ridurre i ricoveri per ASMA Pediatrica, Gastroenterite Pediatrica, BPCO, Diabete con complicanze a breve e a lungo termine e Scompenso Cardiaco	10	0	Consultori dei Distretti-Reparti di Pediatria degli Ospedali di Marcianise, Aversa, Sessa Aurunca e Piedimonte/ Specialisti ambul/ Pediatri di l. scelta	Quani/SDO
Ricoveri per BPCO per adulti	Sanitaria	Tasso di ospedalizz. standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: broncopneumopatia cronica ostrut. (BPCO)	17	0	Specialisti ambulatoriali /MMGG/Chronic Care Center	Quani/SDO
Ricoveri per Diabete con o senza complicanze	Sanitaria	Tasso di osped. standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: compl (a breve e lungo termine) per diabete,	7	0	Spec. Diabetologi/ Centri di Diabetologia Pubblici e Privati accreditati	Quani/SDO
Ricoveri per scompenso cardiaco	Sanitaria	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: scompenso cardiaco	27	0	Spec. Ambulatoriali/ MMG/Chronic Care Center	Quani/SDO
Parti Cesarei Primari- Attivare corsi in ambiente consult. per ridurre il ricorso al taglio cesareo	Sanitaria	Ridurre la percentuale di parti cesarei primari al di sotto del 20%. Numero di percorsi formativi attivati per Distretto	29,5%	<20%	Consultori familiari/UUOO Ostetricie dei PPOO	Quani/SDO
Obiettivo di valore pubblico atteso	Area Anziani e Cronici	Obiettivo strategico di riferimento				
		Riprogettazione delle cure primarie, finalizzate a garantire un riassetto, del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale.				
		Obiettivo triennale collegato				
		Attivazione e potenziamento di strutture sanitari e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio in funzione della quota crescente di pazienti cronici, poli-patologici, fragili e anziani				
Descrizione indicatore	indicatori di impatto					
	Dimensione	Obiettivo	Baseline	Target	Strutture coinvolte	Fonte del dato
Potenziamento dei Chronic Care Center lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale.	Sanitaria	N. di Chronic Care Center attivati per ogni distretto (n. 1 per ogni distretto) Visite specialistiche multidisciplinari effettuate (incremento del 10 % rispetto al 2023): Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 2 patologie croniche; Numero di piani individuali di cura programmati/ totale pazienti presi in carico;	15009	>35 % della pop. Con 2 patologie croniche	MMG/Chronic Care Center/Spec.Amb.	Gestionale aziendale
Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche Riduzione accessi in	Sanitaria	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come da PDTA	113	<80	MMG/Chronic Care Center/Specialisti Ambulatoriali ; Poliambulatori ospedalieri; Continuità assistenziale	ADT

Pronto Soccorso /Indici di appropriatezza ricoveri/% Ricoveri ripetuti		regionale (> 20 %); Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ace inibitori, sartani o betabloccanti) come previsto da manuale PDTA ministeriale (> 40% rispetto al 2021); Percentuale di pazienti diabetici che eseguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance della creatinina, fondo oculare, come previsto da PDTA aziendale.				
Incrementare attività specialistica ambulatoriale per ridurre accessi in PS e ricoveri in DH diagnostici	Sanitaria	Ridurre gli accessi al PS per codici verde. Presa in carico da parte del territorio dei dimessi per evitare ricoveri ripetuti-Ridurre le liste di attesa	1,8 milioni di prestaz. Ambulat.	>5%	Spec. Ambulatoriali /Strutture Private accreditate	
Assistenza > 65 anni						
Rispetto degli adempimenti LEA in materia di assistenza domiciliare	Socio-sanitaria	Incremento delle UVMD effettuate per le cure palliative			Strutture socio sanitarie dei distretti	
Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari	Socio-sanitaria	Percentuale di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o strutture intermedie)				
Presa in carico ass over 65 pari al 10% pop.	Socio-sanitaria	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (ind. 8 griglia LEA)		Numer o utenti > 65 presi in carico/ popolazione >65 totale		
Obiettivo di valore pubblico atteso	Area della Prevenzione Primaria,Sorveglianza epidemiologica e ambientale	Obiettivo strategico di riferimento				
		Implementare sull'intera azienda un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi in ambito sanitario				
		Obiettivo triennale collegato				
		Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti				
Descrizione indicatore	indicatori di impatto					
	Dimensione	Obiettivo	Baseline	Target	Strutture coinvolte	Fonte del dato
7 - Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	Sanitaria	Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT			Strutture Dipartimento di Prevenzione/Distretti Sanitari/Consultori familiari/MMG	
10 - Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica	Sanitaria	Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a agli operatori sanitari anche attraverso report strutturati			Strutture Dipartimento di Prevenzione/Distretti Sanitari/Consultori familiari/MMG	
Prevenzione e contrasto del	Sanitaria	Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione			Strutture Dipartimento di Prevenzione/Distretti	

tabagismo, del consumo a rischio di alcol		dei fattori di rischio Informazioni sui rischi per la salute Offerta di counseling individuale			Sanitari/Consultori familiari/MMG	
Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse	Sanitaria	Profilassi immunitaria e chemioprolifassi dei contatti e dei soggetti a rischio Interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi Produzione periodica di report sugli interventi di controllo Comunicazione			Strutture Dipartimento di Prevenzione/Distretti Sanitari/Consultori familiari/MMG	
- Vaccinazioni • Nuovi nati: cicli di base e successivi richiami vaccino esavalente e trivalente, pneumococco,; • Adolescenti: ciclo di base di vaccino anti-meningoc. ACWY135 e vaccino anti HPV; • Soggetti di età ≤ 65 anni: vaccino anti-influenzale stagionale;	Sanitaria	N. Inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali Vaccinazioni secondo le buone pratiche Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni Esami analitici nell’ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive Produzione di report ((come da obiettivi regionali)			Strutture Dipartimento di Prevenzione/Distretti Sanitari/Consultori familiari/MMG	
Obiettivo di valore pubblico atteso	Patologie oncologiche : Prevenzione e presa in carico	Obiettivo strategico di riferimento				
		Prevenzione primaria (lotta al fumo, corretti stili di vita etc.) e secondaria con diagnosi precoce.				
		Obiettivo triennale collegato				
		Incremento degli screening oncologici (PN Prevenzione ed estensione ad altri screening)				
Descrizione indicatore	indicatori di impatto					
	Dimensione	Obiettivo	Baseline	Target	Strutture coinvolte	Fonte del dato
<i>Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018</i>		Screening del colon retto. raggiungimento di una estensione del 90% e di una adesione al 30% Screening della mammella fascia di età 50/69 anni. raggiungimento di una estensione dell’85% e di una adesione del 40% Screening della cervice uterine. raggiungimento di una estensione dell’85% e di una adesione del 35%	Mammella =35% Cervice = 25%; Colon = 25%	Superare indicatore Lea > 60	Centri di Senologia distrettuali; Consultori familiari; strutture distrettuali e ospedaliere di II Livello	Sani.A.R.P.
<i>Introduzione screening Melanoma</i>		Estendere lo screening del melanoma tramite visite dermatologiche gratuite			Presidio mobile itinerante (Truck);Poliambulatori distrettuali	Sani.A.R.P.
<i>Attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio e potenziamento della Rete Oncologica (ROC)</i>		Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre; Numero di MMG attivi in piattaforma				Programma specifico Rete ROC

Ed inoltre :

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

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

- Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
- Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;
- Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.

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

Per gli altri obiettivi si rinvia alla sezione della Performance.

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

2.4 Accessibilità, reingegnerizzazione dei processi e digitalizzazione

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

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

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

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

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

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

- Favorire l'organizzazione di servizi mettendo al centro i cittadini e le imprese, attraverso la digitalizzazione dei processi aziendali;

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

Con riferimento all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero dell'ASL Caserta, sono stati identificati come destinatari degli interventi i DEA di 1° livello del PO di Aversa (S.G. Moscati), PO di Marcianise (Dr.ssa A. Guerriero) e PO di San Rocco Sessa Aurunca.

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

Tab. 16: Finanziamenti PNRR

<i>Presidio Ospedaliero</i>	<i>Quota di finanziamento</i>
<i>PO S Giuseppe Moscati Aversa</i>	<i>4.007.719</i>
<i>PO Dr.ssa A. Guerriero Marcianise</i>	<i>4.007.719</i>
<i>PO S Rocco Sessa Aurunca</i>	<i>4.007.719</i>
Totale	12.231.570

Descrizione sintetica del Progetto

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

Attività PNRR – ASL Caserta

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

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

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

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

La Missione richiamata è articolata nelle seguenti Componenti:

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

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

1.1 Case della Comunità (CdC);

1.2.2 Centrali Operative Territoriali (C:OT);

1.3 Ospedali della Comunità (OdC).

Nello specifico:

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

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

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

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

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

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

Per tutto quanto sopra, l'ASL Caserta sta realizzando molteplici interventi attuativi del PNRR. Per opportune esigenze di sintesi, si riportano di seguito gli interventi, già avviati o da avviare, finanziati a valere sulle risorse

PNRR, con i relativi importi stimati come risultanti da Quadro economico dei Progetti di Fattibilità Tecnica ed Economica approvati nell'aprile 2023 con distinte deliberazioni del Direttore Generale.

Tab. 17: Interventi finanziati dal PNRR Asl Caserta

INTERVENTI FINANZIATI DAL PNRR ASL CASERTA			
1	CDC	MARCIANISE	1.307.857,95 €
2		S.M.C.V.	1.822.765,69 €
3		PIEDIMONTE MATESE	1.804.869,00 €
4		SAN FELICE A C.	1.640.790,00 €
5		CERVINO	1.489.063,94 €
6		MONDRAGONE	1.825.661,88 €
7		SAN MARCELLINO	1.296.887,42 €
8		CASERTA	1.813.984,50 €
9		ROCCAROMANA	996.894,81 €
10		AVERSA	1.411.615,00 €
11		GRAZZANISE	1.824.744,32 €
12		CAIAZZO	1.360.913,35 €
13		CELLOLE	1.238.676,62 €
14		SANT'ARPINO	1.167.018,84 €
15		Fontegreca	749.535,58 €
16		CASTEL VOLTURNO	1.356.153,01 €
17		MIGNANO MONTE LUNGO	712.633,41 €
18		ROCCAMONFINA	1.190.938,23 €
19		SAN TAMMARO	1.291.362,50 €
20		CARINARO	1.293.632,62 €
21		MADDALONI	2.226.762,72 €
22		CANCELLO ED ARNONE	1.750.232,80 €
23		CASAGIOVE	2.454.505,07 €
24		CAPUA	574.440,24 €
25		PARETE	1.106.518,70 €
26		S.M. A VICO	1.239.811,58 €
27		VAIRANO P.	1.966.363,50 €
28		SAN CIPRIANO DI A.	988.714,91 €
29		FRIGNANO	516.914,38 €
30		AVERSA	1.081.986,83 €
31	COT	AVERSA	228.869,84 €
32		ROCCAROMANA	134.967,46 €
33		MARCIANISE	206.040,46 €
34		SAN FELICE A CANCELLO	179.859,70 €
35		MONDRAGONE	147.785,41 €
36		SAN CIPRIANO DI AVERSA	168.530,40 €
37		AVERSA	175.149,70 €
38		CAIAZZO	166.207,71 €
39		ROCCAMONFINA	141.841,66 €
40		CAPUA	160.665,72 €

41		CASERTA	137.644,56 €
42	ODC	MARCIANISE	2.141.524,50 €
43		S.M.C.V.	2.113.338,10 €
44		PIEDIMONTE MATESE	2.508.115,00 €
45		SAN FELICE	2.334.650,00 €
46		MONDRAGONE	2.113.338,10 €
47		SAN MARCELLINO	2.138.145,07 €
48		CASERTA	2.523.307,50 €
49		ROCCAROMANA	1.708.093,64 €
50	OSP	OSPEDALE SICURO P.O. MADDALONI	7.400.000,00 €
TOTALE			68.330.323,93 €

In Celeste = n. 8 Ospedali di Comunità (ODC)

In Verde = n.11 COT

In Giallo = n. 30 Case di Comunità (CdC)

In Grigio = n.1 Ospedale Sicuro PO Maddaloni

Si allega Programma Triennale e annuale delle Opere Finanziate dal PNRR (All.1 e All. 2) al presente PIAO.

2.4.2 Pubblicazione di dati, informazioni e documenti non oggetto di obbligo di pubblicazione (“Dati ulteriori”) – Sito Aziendale

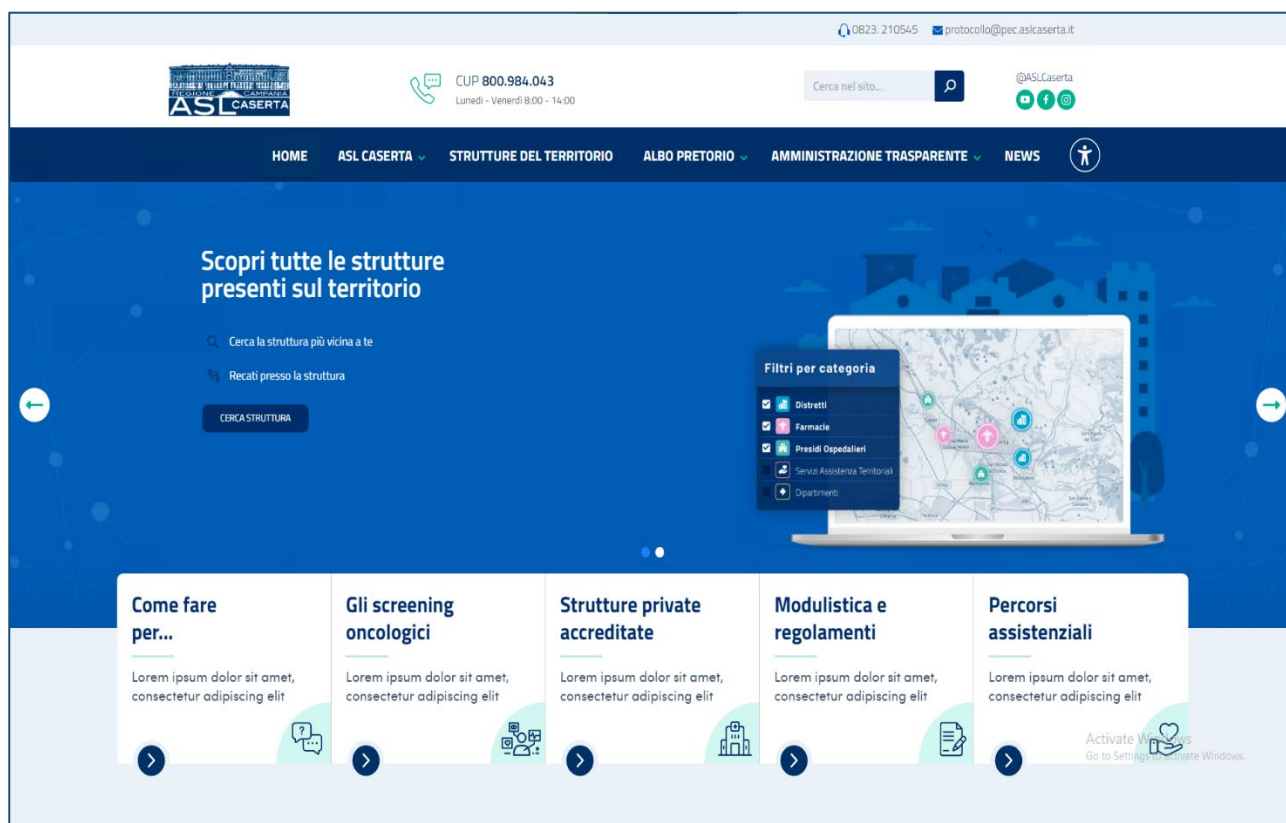
Particolare cura viene posta nella realizzazione e manutenzione del Sito Aziendale. La struttura del Sito prevede una “Home page” attraverso la quale è possibile accedere in modo facile e diretto alle principali informazioni con sezioni dedicate all’ “Emergenza COVID”, ai “Vaccini Covid” e agli “Screening”.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

In particolare, viene prevista la pubblicazione quali dati ulteriori:

- *Formazione risorse umane*: i piani formativi adottati dall’Amministrazione, oltre ai documenti relativi alla valutazione dell’impatto della formazione sull’organizzazione interna;
- *Censimento Permanente Autovetture*: Adempimenti ex art. 4 del D.P.C.M. del 25 settembre 2014 “Determinazione del numero massimo e delle modalità di utilizzo delle autovetture di servizio con autista adibite al trasporto di persone”;
- *Privacy*;
- *Regolamenti aziendali*;
- *FAQ ANAC*.
- *PNRR*

Per facilitare l’accesso degli utenti è stata creata una sezione “COME FARE PER” dove l’utente a secondo dei quesiti ed informazioni da acquisire ha un accesso facilitato.

Fig. 27: Sezione “come fare per” sito aziendale



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

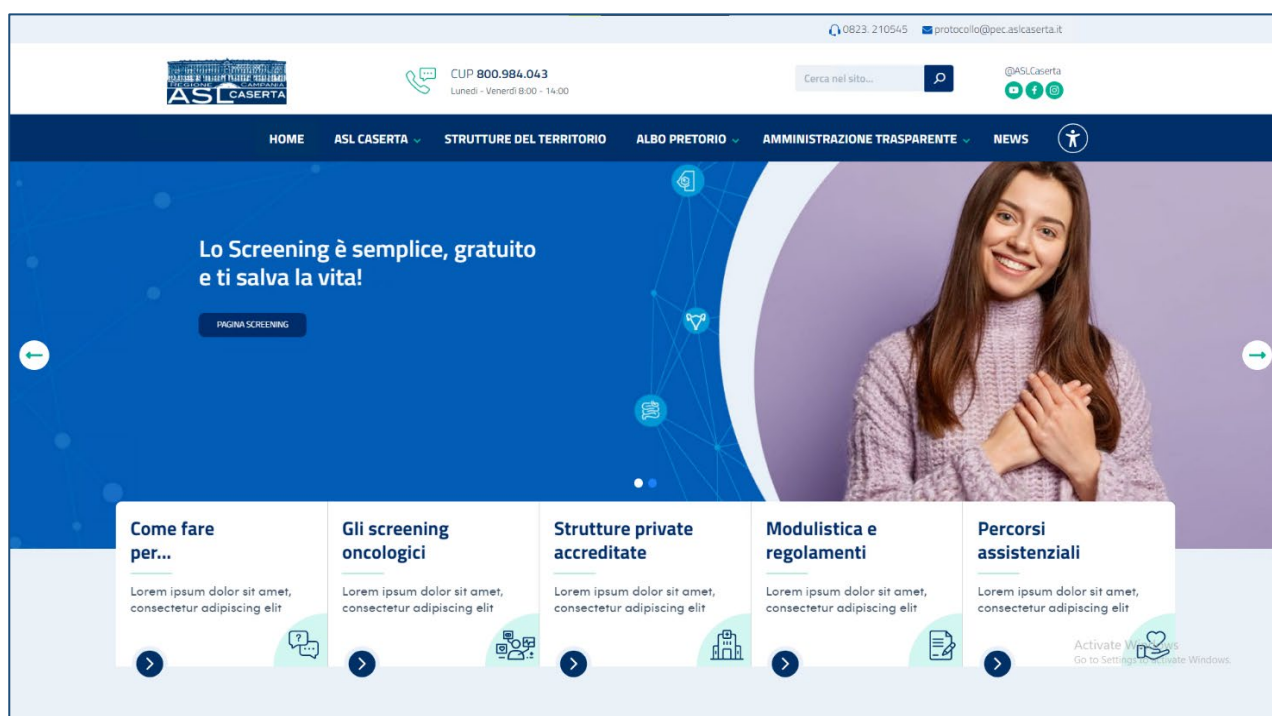


Fig.28 – Home page del portale ASL

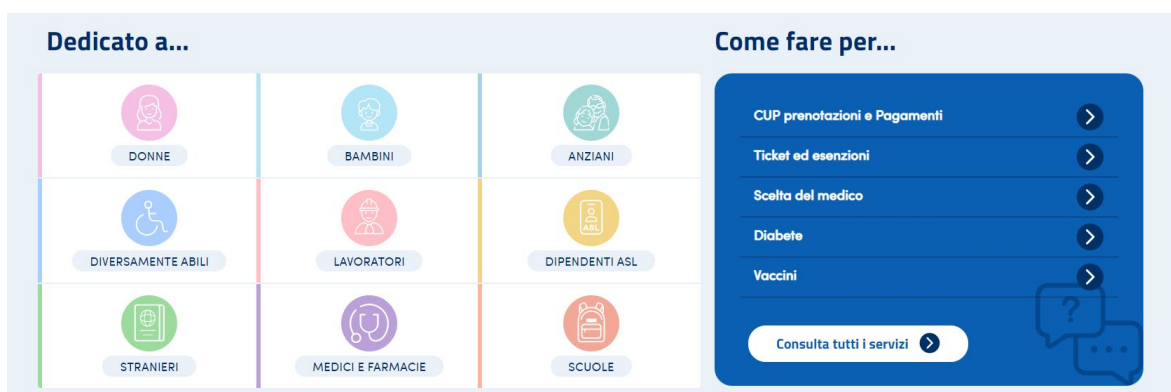
Tra i servizi al cittadino è stata ristrutturata la sezione in cui è possibile richiedere e visualizzare i propri screening o inserire un esito di test eseguito in autonomia.



Fig. 29- Portale screening

La Home page, vera vetrina dell'Azienda è stata arricchita di contenuti per rendere più facile e veloce l'accesso del cittadino ai servizi richiesti. La "card" della sezione "Come fare per" è stata ristilizzata per esplicitare le sezioni ad accesso più comune lasciando un link verso tutti gli altri servizi.

Fig. 30-Sezioni "dedicato a " "Come fare per..."



La sezione News è stata suddivisa in due, lasciando da una parte le "News ed eventi" e aggiungendo un elenco degli ultimi cinque Bandi di Concorso in ordine di pubblicazione aggiungendo il link diretto alla sezione specifica.

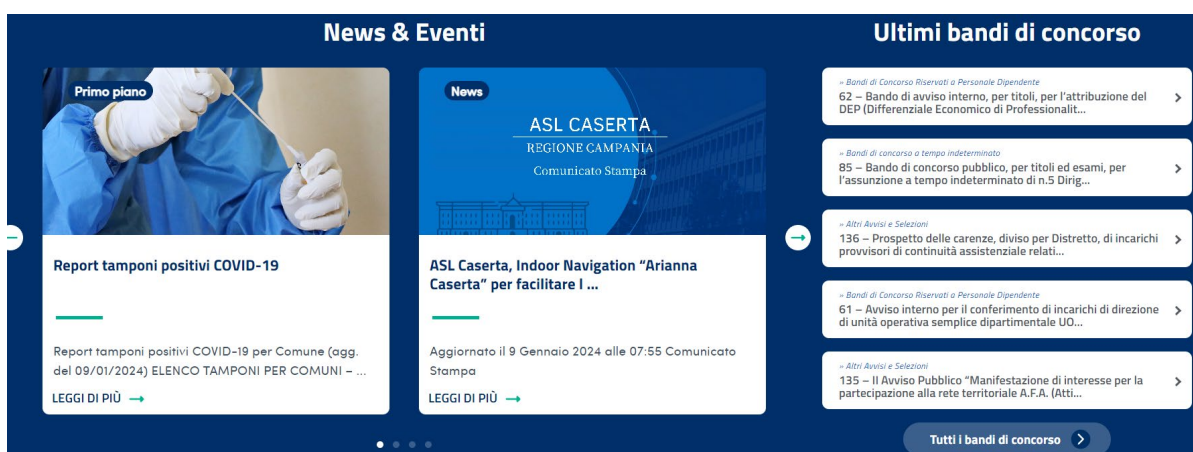
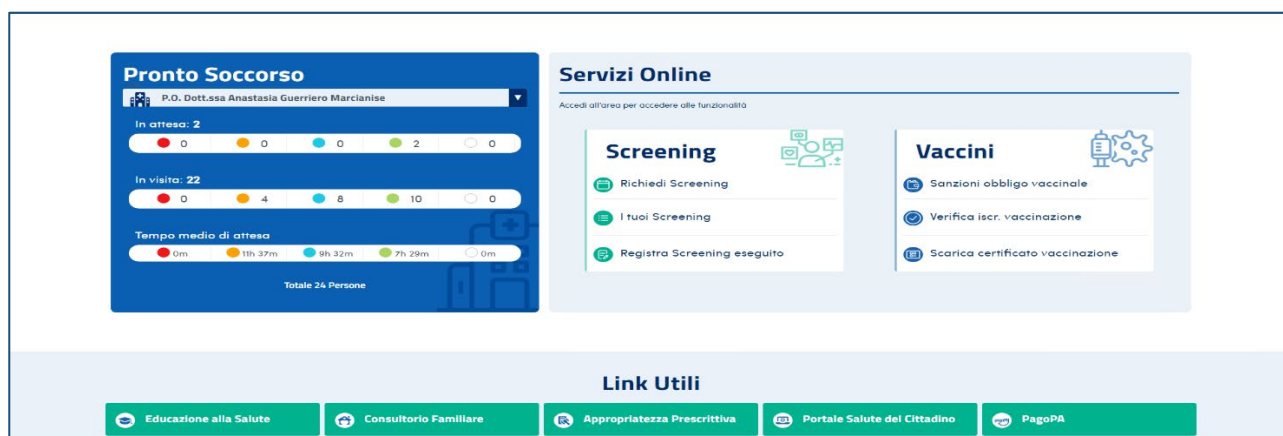


Fig.31 -Sezione News

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

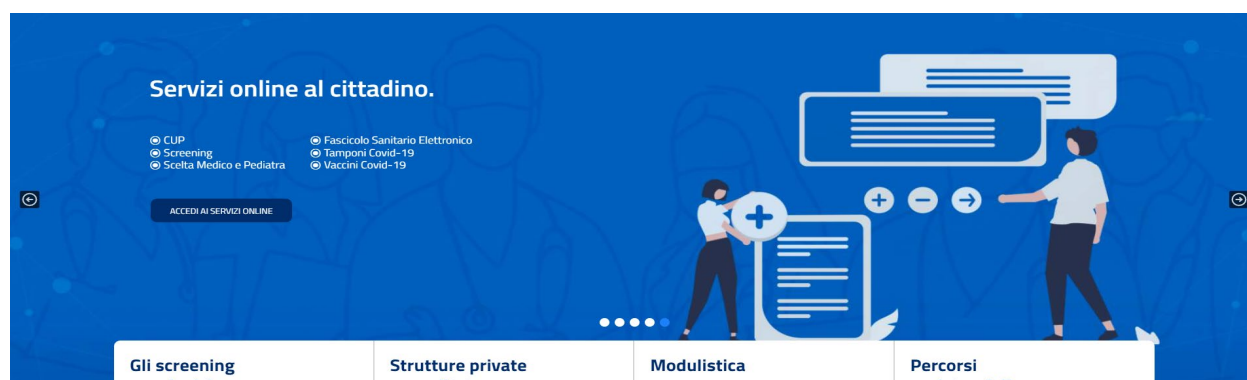
Fig. 32: Sezione tempi di attesa Pronto soccorso dei PP.OO. Aziendali – sito aziendale



2.4.3 Nuova area dedicata ai servizi online al cittadino

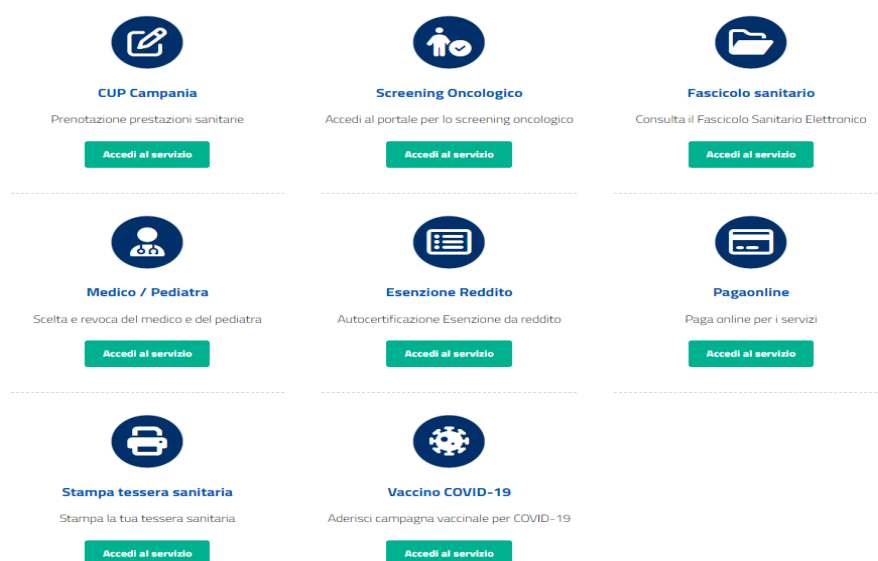
Direttamente in home-page nel carosello di immagini che scorre in primo piano è stata aggiunta una sezione dedicata a raggruppare tutti i servizi utili al cittadino.

Fig.33-Sezione servizi On Line



Attraverso specifica area dedicata, il cittadino può accedere ai diversi servizi messi a disposizione dall'ASL o dal portale regionale in ambito Sanitario: **Fig 34**

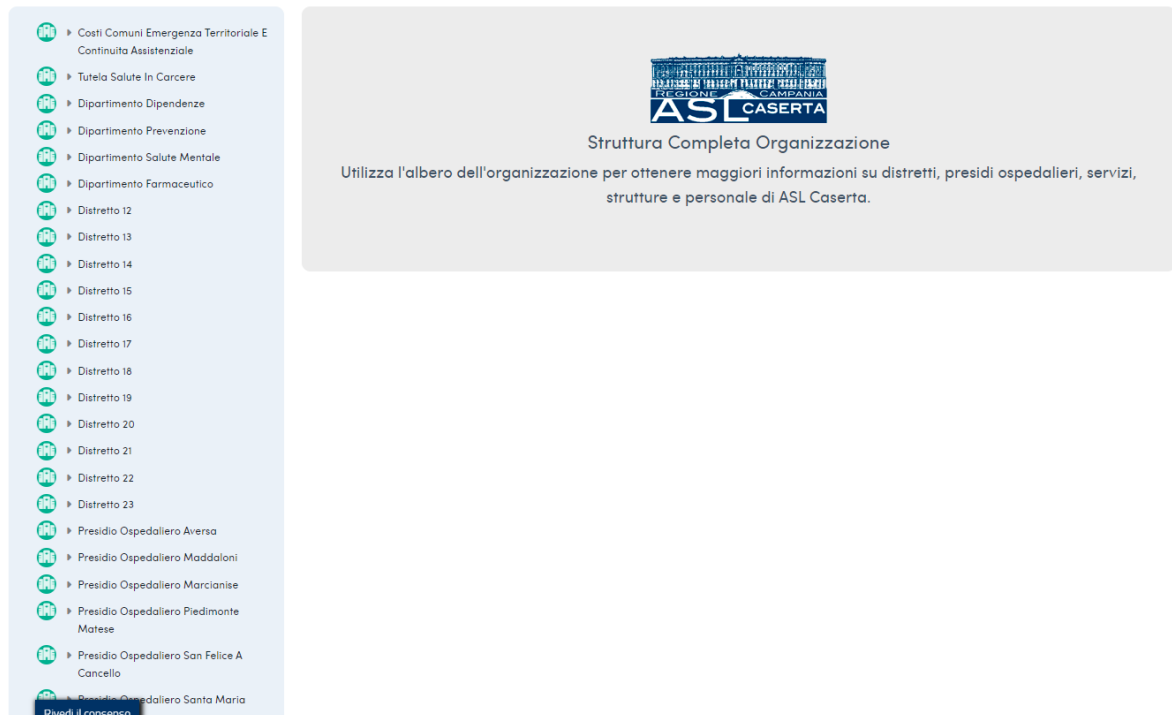
Servizi Online al Cittadino



2.4.4 Nuova Articolazione degli uffici

Riorganizzazione grafica e dei contenuti della sezione Articolazione degli uffici e Struttura Completa dell'Organizzazione nella sezione Amministrazione Trasparente (Fig. 35)

Accesso dinamico e in tempo reale alla banca dati del personale aziendale e recupero dei documenti oggetto di obbligo di pubblicazione per dirigenti e posizioni organizzative.



Il menu laterale (Fig. 36) permette il caricamento dinamico dei contenuti scelti rendendo leggero e rapido il caricamento della pagina e permettendo di accedere alla descrizione della struttura, i suoi contatti e la descrizione delle attività e funzioni svolte.



Proseguendo sul menu di destra viene mostrato l'elenco dei dipendenti afferenti la struttura e cliccando sul singolo soggetto è possibile verificarne la qualifica e l'eventuale documentazione fornita.



Fig.37: Sezione anagrafica dipendenti

2.4.5 Aggiunta del modulo Web Analytics Italia

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

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

Fig. 38-Analisi visite al sito



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

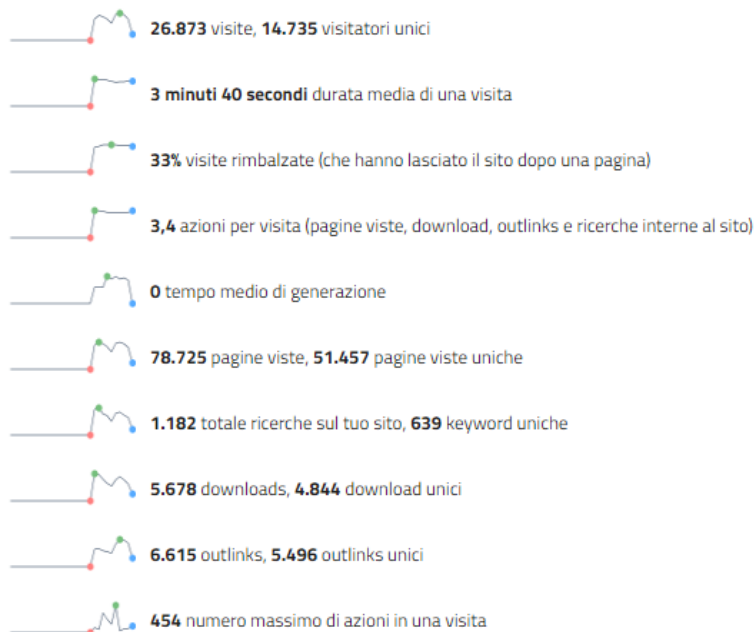
Fig. 39: Statistiche accessi al Sito

Visite alle pagine

TITOLO PAGINA DI INGRESSO	ENTRATE	RIMBALZI	% RIMBALZI
Asl Caserta - Home Page - Asl Caserta	5.995	1.321	22%
Delibere - Asl Caserta	3.238	1.836	57%
Dipendenti ASL - Asl Caserta	1.619	139	9%
Bandi di concorso - Asl Caserta	937	125	13%
Tempi di attesa pronto soccorso - Asl Caserta	672	418	62%
CUP prenotazioni e Pagamenti - Asl Caserta	582	191	33%
Scelta del medico - Asl Caserta	576	99	17%
Altri	565	177	31%
Albo Pretorio - Asl Caserta	481	15	3%
Delibere anno 2023 - Asl Caserta	440	236	54%

Vengono poi estratti alcuni indicatori di riepilogo in un'apposita tabella di KPI (Fig. 40).

Riepilogo delle visite



Infine viene mostrata una distribuzione geografica degli utenti (Fig. 41)

Provenienza geografica degli utenti

26.873 visite



Nazioni

Visite

Tutto il Mondo

2.4.6 Aggiunta di una chatbot

Per migliorare l'interazione tra l'Azienda e l'utenza è stato inserito una chatbot che guida l'utente alla ricerca delle risposte ai suoi quesiti e gli permette, in caso non trovi risposta di fare delle domande a degli operatori dedicati a guidare l'utente verso la sezione del portale in cui sono disponibili le informazioni che richiedono.

Aggiornato il 7 Settem

ENTRATE

5.995

3.238

1.619

937

672

582

576

565

Ciao

Rispondiamo entro pochi minuti, dal lunedì al venerdì tra le 08:00 e le 15:00

Ciao sono Arianna, il tuo assistente virtuale per l'ASL di Caserta. Di cosa hai bisogno?

Prevenzione e Screening

Medico e Pediatra

CUP, ticket ed esenzioni

Come Fare per

Altro

Premi i pulsanti per rispondere

POWERED BY TIDIO

Fig. 42 : Chatbot

Tramite una articolata configurazione di tutto l'albero decisionale è possibile configurare la chatbot per meglio interagire con l'utente. (Fig. 43)

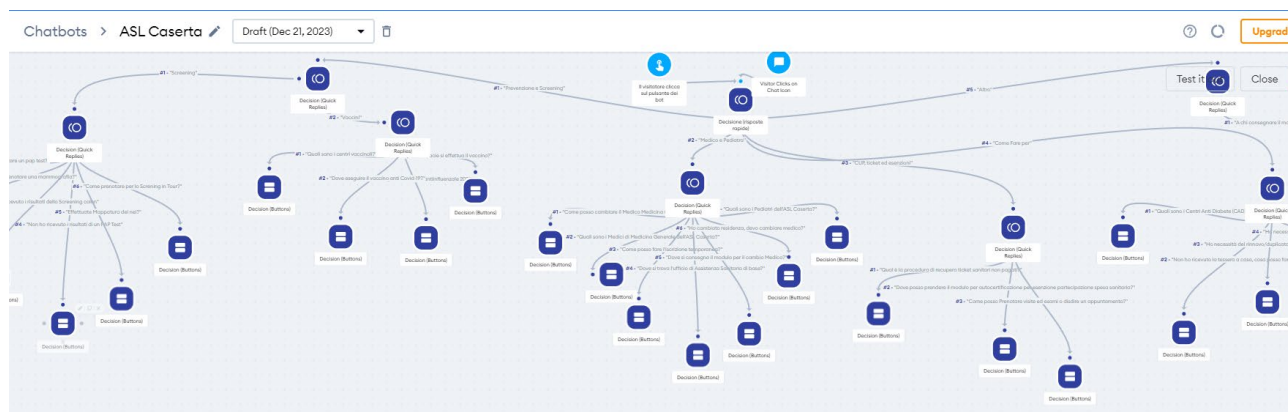


Fig. 44: Sezione Emergenza Covid19 –sito aziendale

Dedicato a...

DONNE

BAMBINI

ANZIANI

DIVERSAMENTE ABILI

LAVORATORI

DIPENDENTI ASL

MODULISTICA E AVVISI

MEDICI E FARMACIE

STRUTTURE SANITARIE

Vaccino Anticovid

Info

Report

Vaccini Covid

Adesioni Vaccini

Obbligo Vaccinale Sanzioni e Ricorso

Adesione Nuovo Vaccino Covid-19 Bivalente

Emergenza Covid-19

News & Eventi

Primo piano

ALLERTA ALIMENTARE – Filetti di Salmone

10/12/2022 - ALLERTA ALIMENTARE - Filetti di Salmone

LEGGI DI PIÙ

Primo piano

ALLERTA ALIMENTARE – Wurstel Suillo

18/11/2022 - ALLERTA ALIMENTARE - Wurstel Suillo

LEGGI DI PIÙ

Primo piano

ALLERTA ALIMENTARE – Preparazione a base di pesce

18/11/2022 - ALLERTA ALIMENTARE - Preparazione a base di pesce

LEGGI DI PIÙ

Particolare attenzione viene posta nella esposizione delle informazioni della sezione **“Amministrazione trasparente”** costantemente aggiornata.

Fig. 45: Sezione Amministrazione Trasparente – sito aziendale

Home / Amministrazione Trasparente

Amministrazione Trasparente

Aggiornato il 11 Gennaio 2023 alle ore 11:00

ASL Caserta

Il decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, ha riordinato gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. Questa pagina accoglie le informazioni di cui è prevista la pubblicazione, nello schema indicato dal decreto e comune a tutte le pubbliche amministrazioni ed include gli obblighi di pubblicazione secondo quanto già disposto dalla Legge n.69 del 18/06/2009, in base a quanto riportato nella nota esplicativa.

Il responsabile della Prevenzione della Corruzione è il dr. P. Iovinella, nominato con delibera 602 del 08/05/2018

Disposizioni generali

Elenco delle disposizioni generali in ambito di Trasparenza

Organizzazione

Di seguito la struttura organizzativa dell'ASL di Caserta

ASL Caserta

Il decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, ha riordinato gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è l' Avv. Francesca Landolfi, nominato con disposizione Asl CE Prot. 0435921/DIR. GEN. del 22/11/2022



DELIBERA 625 DEL 30/11/2022



QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE



Disposizioni generali

Elenco delle disposizioni generali in ambito di Trasparenza



Organizzazione

Di seguito la struttura organizzativa dell'ASL di Caserta



I nostri numeri

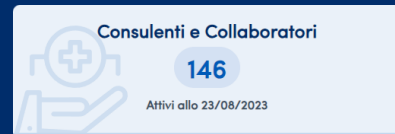


Fig.46- Portale di "Amministrazione trasparente"

Link Utili



Educazione alla Salute



Consultorio Familiare



Portale PNRR Regionale



Portale Salute del Cittadino



PagoPA



Seguici su



RECAPITI

☎ 800984043

☎ 0823210545

✉ protocollo@pec.aslcaserta.it

A.S.L. CASERTA

- Organizzazione
- Dipartimenti
- Distretti
- Farmacie distretti
- Presidi ospedalieri
- Servizi assistenza ed urgenza territoriale
- Servizi centrali e di supporto

SERVIZI E INFORMAZIONI

- Accesso Civico
- Privacy
- Tempi di Attesa Pronto Soccorso
- Emergenze
- Bollettino CCP Unico
- Donare gli organi
- Carta dei servizi
- URP
- Modulistica
- Tempi di attesa
- Scelta del Medico

- Area Tecnica
- Attività intra-moenia
- Dispositivi e Ausili per Stomie
- Tetti di spesa
- Bollettino epidemiologico
- Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare
- Statistiche Web Analytics

Chatta con noi

Fig.46 bis.Link Utili

Inoltre, molto rilievo è stato dato per far conoscere agli utenti l'organizzazione dell'Azienda con tutte le sue strutture che erogano assistenza sanitaria

Fig. 47: Sezione Struttura dell'Organizzazione Aziendale – sito aziendale

Struttura dell'Organizzazione dell'ASL di Caserta

[Visualizza la Struttura completa della organizzazione](#)

Distretti

● Distretto 12	● Distretto 16	● Distretto 20
● Distretto 13	● Distretto 17	● Distretto 21
● Distretto 14	● Distretto 18	● Distretto 22
● Distretto 15	● Distretto 19	● Distretto 23

Organizzazione

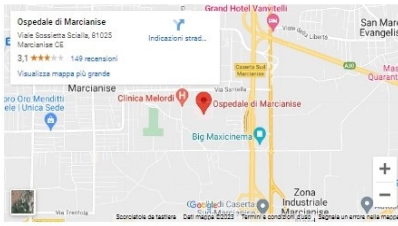
- Dipartimenti
- Distretti
- Farmacie Distretti
- Istituti Penitenziari
- Presidi Ospedalieri
- Servizi Assistenza ed Urgenza Territoriale
- Servizi Centrali e di Supporto



Organizzazione

- Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo
- Sanzioni per Mancata Comunicazione dei Dati
- Struttura completa della organizzazione
- Articolazione degli uffici
- Collegio Sindacale
- Collegio Tecnico
- Consulenti e collaboratori
- Personale
- Bandi di concorso
- Performance
- Enti controllati
- Attività e procedimenti

P.O. Marcianise



P.O. Marcianise

Viale Sossietta Scialla, 81025 Marcianise CE

RECAPITI: 0823690614

MAIL: laura.leoncini@aslscaserta.it

Descrizione

Il presidio ospedaliero "D.ssa Anastasia Guerriero" assicura ai cittadini che vi fanno ricorso, italiani e stranieri, residenti e non, le cure sanitarie nel rispetto della dignità della persona, mediante le Unità Operative di Degenza ed i Servizi Diagnostici

L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso:

- Ricovero ordinario
- Ricovero a ciclo diurno
- Specialistica ambulatoriale

Valutazioni Istituzionali

Apparato Digerente

Cerca:

Valutazione	Colecistectomia laparoscopica	Tumore maligno al colon
Volume annuale di interventi chirurgici	●○○○○	●○○○○
Proporzione di interventi eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 90 casi	●●●○○	

Apparato genitale o urinario

Apparato muscoloscheletrico

Cerca:

Valutazione	Frattura del collo del femore	Frattura della tibia/perone	Protesi d'anca
Volume annuale di interventi chirurgici	●●●○○	●●●○○	●○○○○
Intervento chirurgico entro 2 giorni	●●○○○		

Apparato respiratorio

Cervello e sistema nervoso

Cuore e sistema vascolare

Oncologia

Orecchio, bocca, naso e gola

Aree correlate

Fig. 48,49,50: Struttura Sito di un Presidio Ospedaliero

2.4.7 Ristrutturazione sezione Bandi di Gara e Contratti

Alla luce delle novità introdotte dall'allegato 9 del PNA 2022 la sottosezione "Bandi di gara e contratti" è stata completamente aggiornata

Alla luce delle novità introdotte dall'allegato 9 del PNA 2022 la sottosezione "Bandi di gara e contratti" è stata completamente aggiornata. E' stata lasciata la vecchia gestione per consultazione ma è stata dettagliatamente organizzata una nuova sezione con un restyling grafico e funzionale che permette all'utente di essere costantemente aggiornato sulle singole procedure.

Sono stati aggiunti (**Fig.51**) filtri di ricerca in testa ad ogni tabella per meglio ricercare le procedure di interesse.

Ricerca per titolo		Ricerca per C.I.G...			
DATA PUBBLICAZIONE	STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO	C.I.G	IMPORTO	DETTAGLI
29 Novembre 2023	UOC Servizio Provveditorato ed Economato	Avviso Pubblicazione su piattaforma Consip - Mepa RDO "evoluta ad inviti" N. 3870871 del 28/11/2023 avente ad oggetto l'affidamento del "Servizio annuale di manutenzione e riparazione della parte meccanica ed elettrica, fornitura di batterie, manutenzione e riparazione carrozzeria veicoli, fornitura pneumatici, riparazione e sostituzione di camere d'aria e tubeless, smontaggio e montaggio ruote, equilibratura elettronica, convergenza elettronica anteriore o totale e inversione delle coperture degli automezzi di proprietà dell'ASL di Caserta" con scadenza alle ore 11:00 del 14/12/2023 - importo complessivo posto a base d'asta euro 210.000,00 oltre IVA		€ 210000	Dettagli
9 Novembre 2023	UOC Servizio Provveditorato ed Economato	Avviso Pubblicazione procedura aperta su Mepa per "l'affidamento fornitura di buste termiche con chiusura a pressione per il trasporto di farmaci a temperatura controllata in materiale PE metallizzato per esigenze del Dipartimento Farmaceutico dell'ASL Caserta"		€ 6.270	Dettagli
7 Novembre 2023	UOC Servizio Provveditorato ed Economato	Indagine di mercato finalizzata all'affidamento dei servizi assicurativi "Polizza Kasko" dell'ASL Caserta mediante procedura negoziata senza bando, ai sensi dell'art. 50 comma 1 lett. e) D.lgs. 36/2023.		€ 143.440,00 (Esente)	Dettagli

Il dettaglio di ogni singola procedura è stato aggiornato con una veste grafica più accattivante che porta in testa i dati identificativi del bando: la categoria secondo la nuova normativa, il titolo, CIG, CUP, CPV date e importi e in calce la lista dei documenti che descrivono tutta la storia della gara, anch'essi suddivisi nelle categorie individuate dalla nuova normativa.

Fig. 52- Allegati Bandi

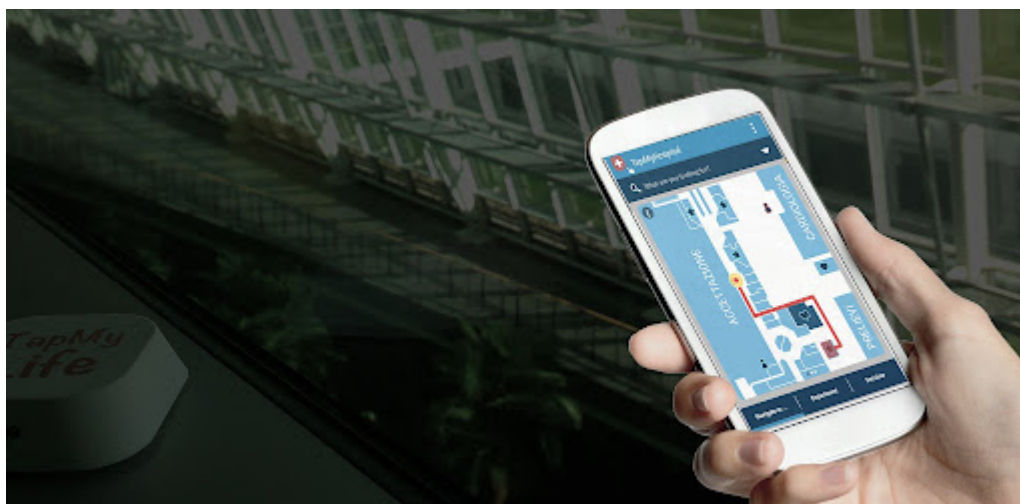
Allegati		
Dichiarazione di partecipazione	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
DGUE	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
Integrazione DGUE	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
Avvalimento	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
Scheda CIG	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
Dichiarazione di conformità a standard sociali minimi	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
Mod P – Protocollo di Legalità	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
Dettaglio offerta economica	DATA PUBBLICAZIONE 11 Settembre 2023	Scarica
Esito di gara	DATA PUBBLICAZIONE 6 Novembre 2023	Scarica

2.4.8 App Mobile per la Indoor Navigation

È stata realizzata e rilasciata sugli store ufficiali (iOS e Android) la nuova app di navigazione indoor per tutti i presidi dell'ASL di Caserta con ospedale pilota il Presidio Ospedaliero di Aversa. L'app denominata "Arianna Caserta" è progettata per semplificare il percorso all'interno dell'ospedale e guidare l'utente in modo efficace verso la destinazione desiderata.

"Arianna Caserta" è stata sviluppata appositamente per aiutare i pazienti, i visitatori, anche non vedenti o ipovedenti, a muoversi agevolmente all'interno del presidio ospedaliero di Aversa. Che si stia cercando un reparto specifico, un ambulatorio, una sala di attesa o qualsiasi altra area dell'ospedale, l'app di navigazione indoor è pronta ad assistere chi scelga di usarla.

Fig. 53. App



"Arianna Caserta" offre all'utente molteplici funzionalità:

- **Mappa interattiva:** Accesso a una mappa dettagliata dell'ospedale di Aversa, che permette di visualizzare tutti i reparti, gli ambulatori, le sale di attesa e gli altri servizi disponibili. La mappa è intuitiva e facilmente navigabile.
- **Pianificazione del percorso:** Inserendo il punto di partenza e la destinazione desiderata l'app calcolerà automaticamente il percorso più breve e conveniente per raggiungerla. L'utente riceve indicazioni chiare e dettagliate passo dopo passo per essere guidato lungo il tragitto.
- **Indicazioni vocali:** L'app fornirà indicazioni vocali in tempo reale, in modo che l'utente possa concentrarsi sulla tua strada senza dover continuamente consultare lo schermo del suo dispositivo.
- **Punti di interesse:** All'utente vengono mostrati i punti di interesse lungo il percorso, come ascensori, bagni, distributori automatici e altre aree importanti dell'ospedale. Questa funzione aiuterà a individuare facilmente i servizi di cui si ha bisogno lungo il percorso.
- **Informazioni aggiuntive:** Accedendo al dettaglio dei punti di interesse sarà possibile ottenere informazioni utili sugli orari di apertura, i numeri di telefono di reparti specifici, i medici di turno e altre informazioni importanti.

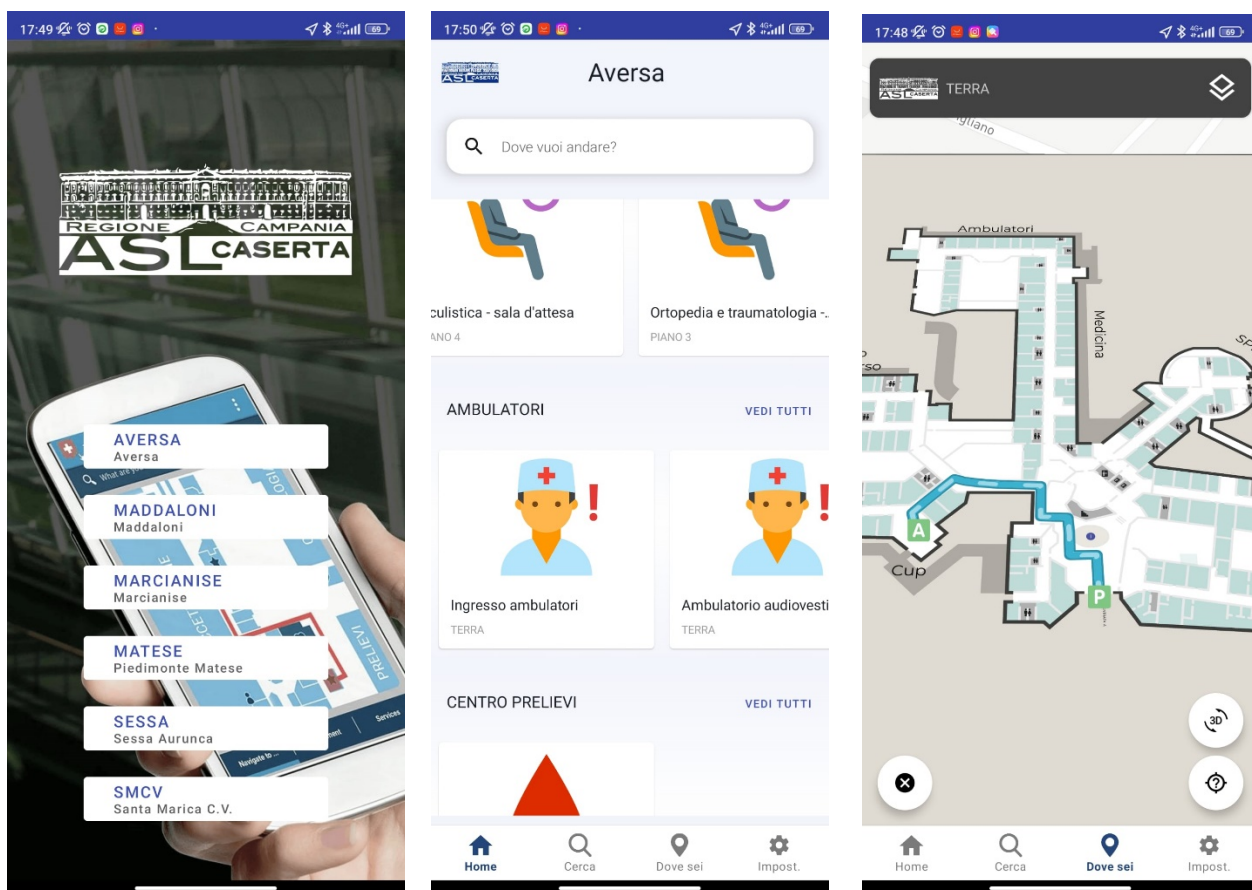


Fig. 54- Indoor Navigation

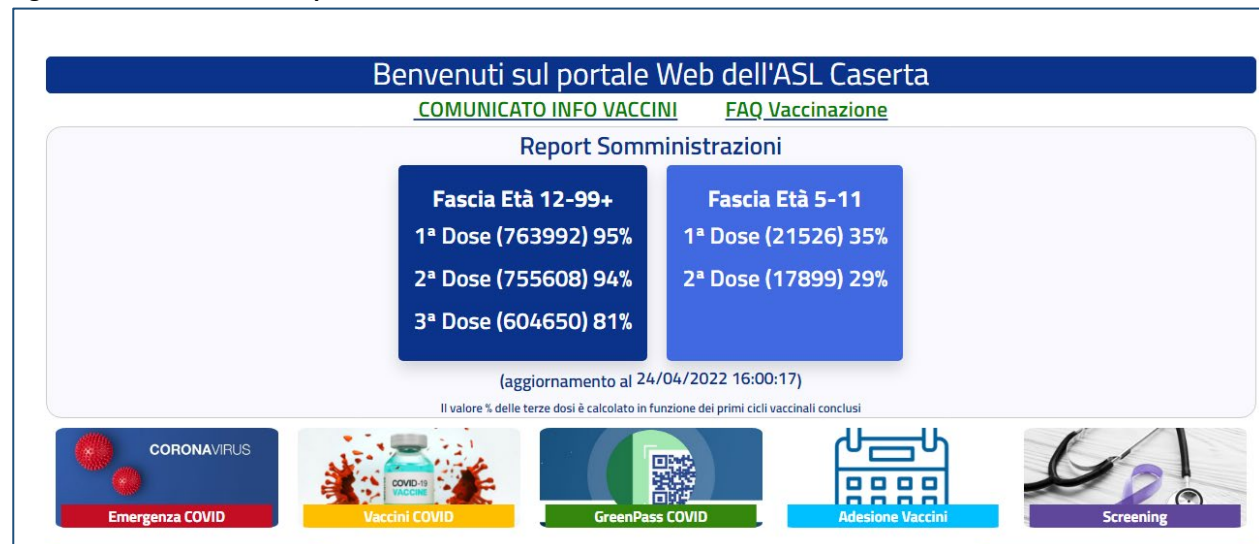
2.4.9 Digitalizzazione dei processi e degli accessi

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

Tab.18: Adesione vaccini

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

Fig.55,56: Adesione vaccini portale web ASL Caserta







Adesione Campagna Vaccinale Adesione Vaccini

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE ALLA VACCINAZIONE ANTICOID-19

Per procedere con l'identificazione è necessario inserire il **CODICE FISCALE** e il numero di **TESSERA SANITARIA** (come mostrato in figura).



Codice Fiscale

Numero Tessera Sanitaria

Numero di Cellulare *

E-mail *

Tipo Dose *

☒ Prima Dose
☐ Seconda Dose
☐ Terza Dose
☐ Quarta Dose (Fragili)
☐ Quarta Dose (Second Booster)

Richiesta Vaccino Bivalente

Data Prima Disponibilità

Tab.19: Adesione screening

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

Il sistema dà la possibilità non solo di prenotare gli screening, ma anche acquisire i propri referti e registrare screening eseguiti.

Fig. 57,58 e 59: Adesione screening tramite portale Web – ASL Caserta

Benvenuti sul portale Web dell'ASL Caserta

[COMUNICATO INFO VACCINI](#) [FAQ Vaccinazione](#)

Report Somministrazioni

Fascia Età 12-99+

1ª Dose (763992) 95%

2ª Dose (755608) 94%

3ª Dose (604650) 81%

Fascia Età 5-11

1ª Dose (21526) 35%

2ª Dose (17899) 29%

(aggiornamento al 24/04/2022 16:00:17)

Il valore % delle terze dosi è calcolato in funzione dei primi cicli vaccinali conclusi



Emergenza COVID



Vaccini COVID



GreenPass COVID

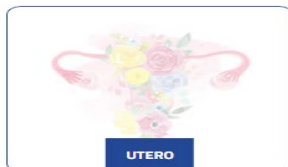


Adesione Vaccini

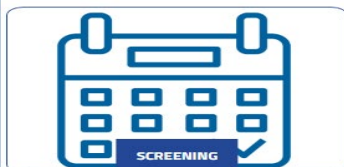


Screening

Scopri come fare per:



Iscriviti attraverso il portale di raccolta Adesioni per gli Screening di prevenzione del cancro del seno, della cervice uterina, del colon retto che l'**Azienda Sanitaria Locale Caserta** ha messo a tua disposizione:



PORTALE

[Home](#) / [Portale Screening](#)

ADERISCI AL PROGRAMMA DI SCREENING

L'ADESIONE E' FACILE E GRATUITA

Se non hai ricevuto la lettera-invito, puoi prenotare un appuntamento per effettuare uno dei 3 test di screening in uno dei centri di riferimento, tramite il seguente Portale dedicato al cittadino. Basta inserire il codice fiscale e gli ultimi 5 numeri della tessera sanitaria. Accedendo all'area riservata, puoi monitorare e aggiornare tutte le tue richieste di screening.



Richiedi screening

Accedi all'area per richiedere uno screening compilando le apposite informazioni necessarie

[PROSEGUI](#) →



I tuoi screening

Accedi all'area per monitorare e aggiornare tutte le tue richieste di screening

[PROSEGUI](#) →



Registra Screening Eseguito

Accedi all'area per inserire e registrare uno screening eseguito in autonomia

[PROSEGUI](#) →

INSERIRE I DATI

Codice Fiscale

Ultimi 5 numeri Tessera Sanitaria

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'[Informativa sulla Privacy](#)

☐ Autorizzo il trattamento dei dati forniti per le finalità sopra indicate. (se l'interessato è sottoposto a tutela, o comunque non ha capacità legale d'agire, tale autorizzazione deve essere prestata dai soggetti che hanno la rappresentanza legale)

AVANTI

Come Accedere

Lo screening è semplice, gratuito e ti salva la vita!

Come Accedere

Esistono varie modalità per accedere allo Screening della mammella:

- 1 Tramite la **Lettera di invito**, in cui è indicata data e sede dell'esame;
- 2 Partecipando ad uno degli **Open Day**;
- 3 Chiamando il **Call Center** al numero **800984043**, da rete mobile **0823210545** (la telefonata è gratuita) dalle ore 08.00 alle ore 18.00 tutti i giorni feriali escluso il sabato;
- 4 Inserire la propria adesione nella specifica sezione del sito dell'ASL digitando i dati richiesti dal portale

RICHIEDI SCREENING

Una Diagnosi Precoce Puo' Salvare La Vita

Gentile signora dedichi 20 minuti del Suo tempo a Se Stessa!
La Mammografia è un'indagine non invasiva né dolorosa ed è l'unico strumento efficace per combattere il cancro al seno. Dati scientifici dimostrano che il cancro al seno è, tra le malattie tumorali, la prima causa di morte per le donne.

Le Ricordiamo:

- Di portare con sé gli esami precedenti (mammografia/ecografia/risonanza magnetica) se in Suo possesso;
- L'esame è totalmente GRATUITO e NON occorre ricetta medica;
- Se ne avrà bisogno le rilasceremo un certificato per giustificare l'assenza dal lavoro.

MAMMELLA

- Percorso Diagnostico Terapeutico
- Come Accedere**
- Dove Eseguire L'esame
- Cosa Fare Dopo
- Approfondimenti Ed Informazioni Utili

COLLO DELL'UTERO

COLON RETTO

MELANOMA

APPUNTAMENTI

> PROSSIMI APPUNTAMENTI

> APPUNTAMENTI PASSATI

APPROFONDIMENTI
ED INFORMAZIONI UTILI

Tab.20: Scelta e revoca del medico di Medicina Generale e Pediatria

	3 – Scelta e revoca del medico di Medicina Generale e Pediatria
Denominazione procedura	Anagrafica Medici di Med.Generale e Pediatri con orari dello studio
Modalità di accesso	Tramite sito WEB aziendale www.aslcaserta.it Home page
Fruibilità	Tramite Desktop, Portatili, Cellulare
Responsabile dell'implementazione e manutenzione della Procedura	Servizio C.di Gestione e Flussi Informativi e Serv.Az.Cure Primarie
Descrizione della Procedura	Portale a valenza aziendale attraverso il quale vengono pubblicati i dati dei medici di MG con i relativi indirizzi ed orari degli studi medici; possibilità da parte del cittadino di conoscere il numero di assistiti in carico ai MMGG e quindi procedere on line all'invio della richiesta di scelta.
Ulteriori dettagli sulla Procedura	Il cittadino oltre a visionare l'elenco e gli orari degli studi medici, compila il modulo presente sul portale (auto compilante) e lo invia via mail alla UUOO di assistenza Sanitaria di Base, che procede ad autorizzare la scelta, inviando via mail all'utente con la nuova scelta.

Nei primi mesi del 2024 viene programmato un nuovo aggiornamento del Sito Aziendale con una sezione dedicata esclusivamente ai Pazienti.

L'ASL di Caserta attraverso il proprio Sito ha la necessità di semplificare e rendere più accessibile ed immediata la comunicazione delle informazioni sanitarie ai cittadini. Attualmente, il sito esistente dell'ASL, pur rispettando i principi di design delle Pubbliche Amministrazioni, si presenta come un aggregatore complesso di più informazioni rivolte a diverse tipologie di utenti, risultando di fatto poco chiaro e poco efficace nella comunicazione. L'obiettivo è quindi quello di creare un sottodominio dedicato, come strumento diretto e confidenziale, per permettere agli utenti/pazienti che necessitano di assistenza sanitaria di interagire facilmente e trovare le informazioni di cui hanno bisogno senza confusione o sovraccarico di dati. Il nuovo portale sarà progettato per guidare il cittadino attraverso i processi sanitari in modo chiaro, intuitivo e rassicurante, riducendo le difficoltà ed il disagio spesso provato da chi si trova a navigare nel complesso sistema sanitario senza una guida adeguata.

Il progetto per la realizzazione di un sito Web per l'ASL su un sottodominio del dominio principale avrà le seguenti peculiarità:

- 1- Ottimizzazione per i motori di ricerca per consentire una maggiore visibilità e facilitazione per l'accesso ai cittadini per le informazioni sanitari essenziali;
- 2- Sito più chiaro, accessibile e concentrato sulle esigenze specifiche degli utenti.
- 3- Realizzazione del nuovo sito in sottodominio di quello attuale dovrà essere basata sull'utilizzo di WordPress.
- 4- Previste combinazioni tecnologiche facilmente aggiornabili e manutenibili anche in relazione a future esigenze e cambiamenti tecnologici.

Inoltre il nuovo sito dovrà garantire :

- a- Conformità agli standard di accessibilità
- b- Sicurezza e affidabilità
- c- Creare un portale chiaro e intuitivo
- d- Contenuti facilmente comprensibili
- e- Conformità con le linee guida AgID

2.4.10 Digitalizzazione dei Processi del Controllo di Gestione, Budget, Obiettivi e Performance

2.4.10.1 Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo” Data Analytics e Controllo di Gestione”

Il progetto **“Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo”** consiste nell'avviare un programma di iniziative volte al **potenziamento e all'integrazione dei sistemi e degli applicativi a supporto dei processi clinico assistenziali**. L'obiettivo è la valorizzazione di quanto ad oggi già presente in azienda in termini di competenze e sistemi, con incremento della tracciabilità e trasparenza dei processi clinico assistenziali nonché del livello di qualità e tempestività del patrimonio informativo, il tutto contestualmente all'ampliamento del perimetro delle conoscenze alle informazioni attualmente presidiate in alcuni casi solo parzialmente.

L'intervento è **finalizzato all'implementazione di nuove soluzioni applicative** per l'automatizzazione dei processi di raccolta, analisi e controllo di tutti i flussi informativi che alimentano il controllo di gestione aziendale.

La Business Intelligence proposta è un processo multidisciplinare che, trasformando i dati in informazioni, consentirà alle figure apicali dell'Azienda di poter disporre di strumenti affidabili per il monitoraggio delle performance e la definizione delle strategie aziendali.

Fig. 60: Obiettivi e risultati attesi

Obiettivi e risultati attesi

Sviluppo e implementazione di un **sistema di Dashboarding e Reporting** operativo, tramite un sistema di Data Warehouse e strumenti di Business Intelligence (BI) **a supporto dei processi** di pianificazione, programmazione e controllo **aziendali**.



- **Nuovo sistema di Garanzia - Core**
- **Reporting e KPI** in linea con il modello di monitoraggio regionale DCA 67/2019
- Reportistica, dashboard e tool di **Self Reporting** per il governo dell'azienda



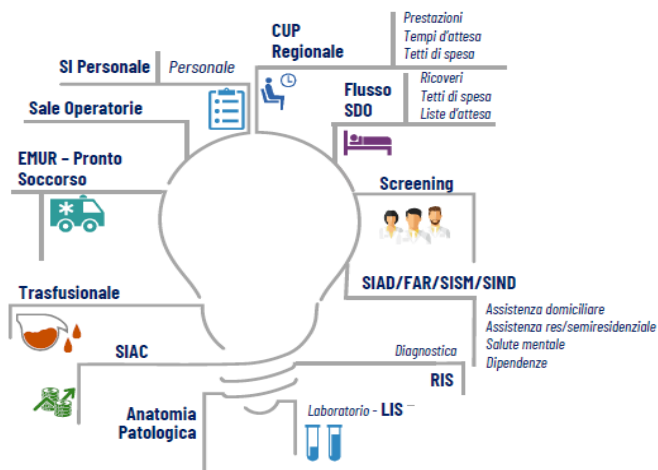
Obiettivi

Miglioramento della **quantità** e della **qualità** delle **informazioni gestionali** per consentire al Management Aziendale di **Interpretare i fenomeni gestionali** e indirizzare correttamente le **scelte strategiche** utili al **governo dell'Azienda**

Incrementare **tracciabilità e trasparenza dei processi clinico assistenziali ed amministrativi** ed il livello di **qualità e tempestività del patrimonio informativo** attraverso la produzione di reportistica mirata e personalizzata.

Fig.61: Ambiti di intervento

Ambiti di Intervento



Ambiti oggetto dell'intervento

- Area Ospedaliera
- Specialistica Ambulatoriale
- Assistenza farmaceutica e dispositivi
- Assistenza territoriale
- Prevenzione
- Grandi appalti
- Reportistica Contabile
- Prestazioni per interni

Fig. 62: Piano di Attività

Piano Attività

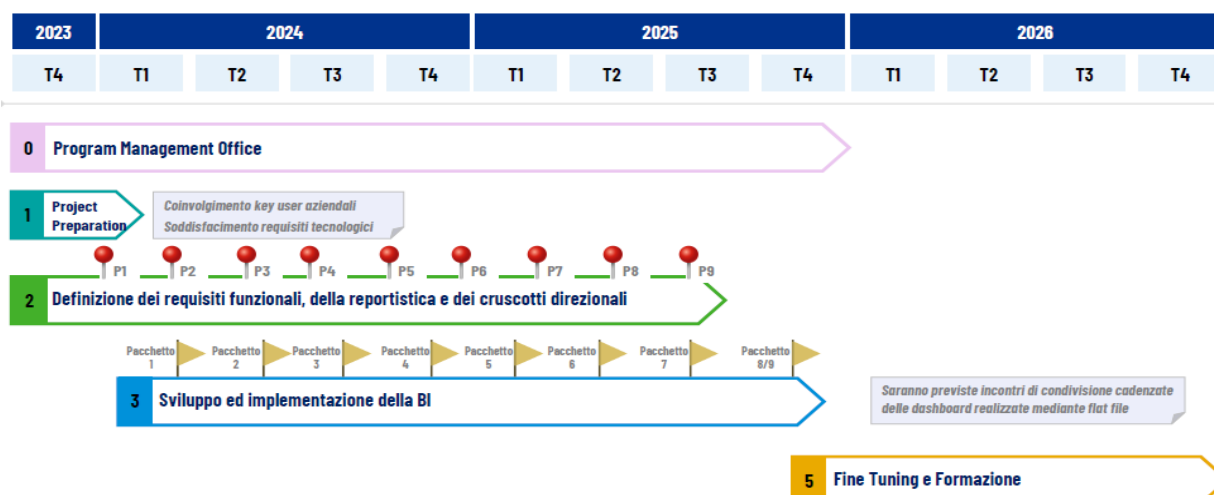


Fig.63: Piano di Attività

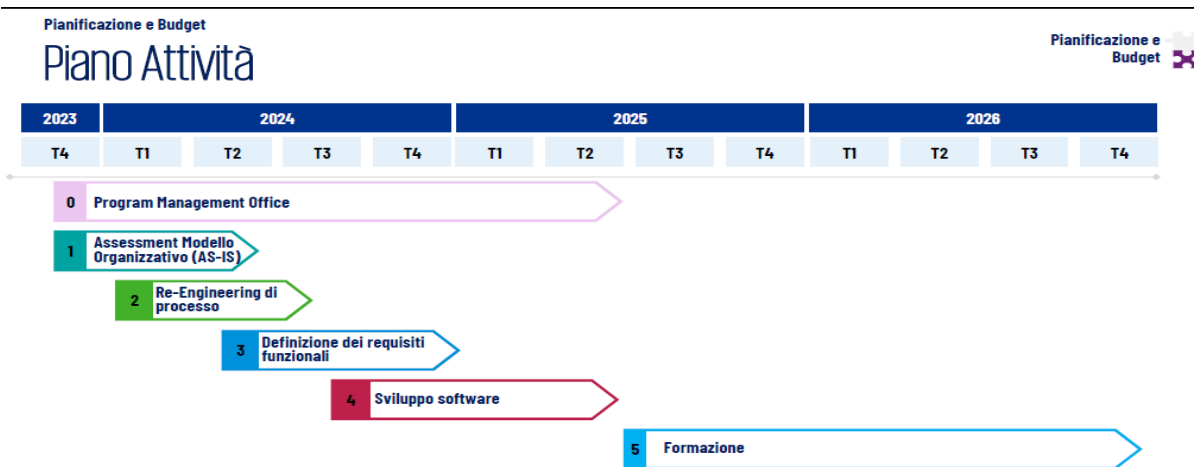
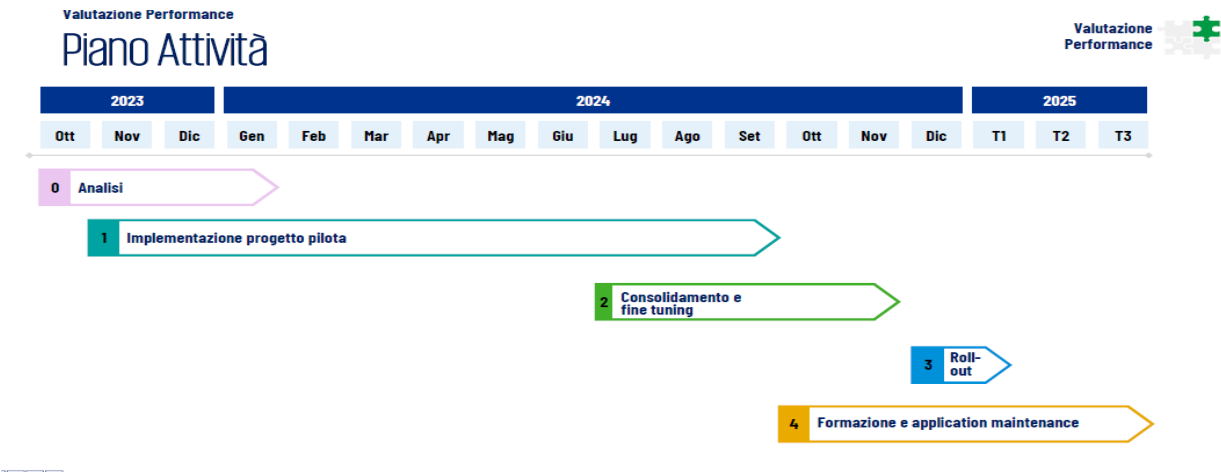


Fig.64: Valutazione della performance



Fig.65: Piano di Attività



2.4.11 Procedure informatizzate già attive

Tab.21: Procedure informatizzate attive

<i>Identificativo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Produzione</i>	<i>Potenzialità</i>	<i>N. Utenti</i>
Protocollo Informatico	Gestione della corrispondenza in uscita, entrate e smistamento-Consente di gestire tutto il processo: protocollare i documenti in uscita con la possibilità di inviarli anche via mail e via PEC; protocollare la posta in ingresso, notificare e/o smistare la stessa ad altre strutture. Archiviazione dei documenti in uscita ed in entrata.	In House	Possibilità di uso sia interno alle strutture dell'ASL sia da remoto.	1.202 Utenti interni
Protocollo Informatico	Attivata Firma digitale dei Documenti-	In House	Possibilità di uso sia interno alle strutture dell'ASL sia da remoto.	1.202 Utenti interni
Protocollo Informatico	Attivata la fascicolazione di documenti e la conservazione a norma del registro informatico del protocollo.	In House	Possibilità di uso sia interno alle strutture dell'ASL sia da remoto.	1.202 Utenti interni
Gestione atti amministrativi	Digitalizzazione completa di tutto il processo delle determinazioni dirigenziali	In House	Archiviazione a norma dei documenti con la digitalizzazione della corrispondenza in uscita ed entrata	72 Dirigenti,154 istruttori e 288 estensori
Mail aziendale	Conferita a circa 4.116 dipendenti una mail aziendale per facilitare la comunicazione interna	In House	Posta interna.	4.116 utenti
SIGEA	Portale aziendale per la gestione della contabilità analitica del personale	In House	Contenitore con tutti i dati del personale dipendente e non dip. Collaboratori etc.	Operatori del Serv. CdG
SIGEA	Portale aziendale per la gestione dei recuperi ticket-Autocertificazione esenzione ticket	In House	Gestione dei dati delle autocertificazioni per esenzione ticket-Implementazione ricorsi e relativi riscontri	Operatori del Serv. C. di G
Sani.arp Celiachia	Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti degli alimenti per celiachia	In House	Facilità accesso alle farmacie dei pazienti con Celiachia senza burocrazia	318 prescrittori e 2478 erogatori
Sani.arp Diabete	Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti dei presidi per l'autocontrollo.	In House	Facilità accesso alle farmacie dei pazienti con Diabete senza burocrazia	566 prescr. E 2491 erogatori
Sani.arp Diagnostica	Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti degli alimenti aproteici.	In House	Cartella elettronica degli screening	974 utenti di cui 236 per l'ASL Caserta
Sani.arp Nefropatia	Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei farmacisti degli alimenti aproteici.	In House	Facilità accesso alle farmacie dei pazienti con insuff. Renale senza burocrazia	247 prescrittori e 2651 erogatori
Sani.arp Nefropatia	Portale a valenza regionale per raccogliere: Prescrizioni da parte degli spec. Ed erogazione da parte dei centri di emodialisi dei trattamenti dialitici	In House		88 centri di dialisi
Sani.arp Lea	Portale a valenza aziendale per l'informatizzazione di tutto il processo prescrittivo ed erogato dell'assistenza domiciliare (LEA)	In House	Cartella elettronica prestazioni assist. Domiciliare	936 Utenti nell'Asl Caserta e Regionali
Sani.arp Centri	Portale a valenza aziendale per la gestione di tutte le prestazioni dei centri /lab accreditati-File C e fatturazione	In House	Raccoglie i flussi delle prestaz. Centri accreditati e facilità fatturazione e relativi controlli	203 Utenti File C;48 File H.
Sani.arp Stomie	Portale a valenza aziendale per la gestione delle prescrizioni di presidi per incontinenti e la relativa erogazione	In House	Facilitazione delle prescrizioni ed erogazione stomie	64 Utenti aziendali
Sani.arp MUP	Portale a valenza regionale per la raccolta delle prescrizioni on line dei farmaci (MUP) e della relativa erogazione tramite le farmacie convenzionate	In House	Il MUP è il piano terapeutico per le prescrizioni di farmaci per la continuità terapeutica Ospedale Territorio in dimissione da ricovero ordinario. Consente erogazione farmaci tramite DD e/o DPC	8.143 spec. Prescrittori, 5.438 MMG e 1770 erogatori
Sani.arp oncologico	Portale a valenza aziendale per la registrazione dei nuovi casi di neoplasia sia da parte dei Medici di Medicina Generale che da parte delle strutture interne.	In House	Cartella Informatizzata dei nuovi casi di neoplasie	996

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

2.4.12 Attività relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico

I documenti da standardizzare e da inviare a FSE-INI sono:

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

L'A.S.L. Caserta ha una gestione informatizzata di tutti i documenti afferenti al nucleo minimo del FSE compreso il Referto di Specialistica Ambulatoriale. Inoltre:

- L'Azienda si è dotata di un Document Repository che funge da collettore ed archivio di tutti i documenti clinici prodotti;
- Il Document Repository aziendale permette di colloquiare con il FSE-INI in sussidiarietà, trasmettendo in modalità asincrona, mediante web service, i documenti al Repository Regionale in sussidiarietà;
- Al Repository Regionale FSE-INI in sussidiarietà viene inviata una copia del documento clinico archiviato nel Repository aziendale;
- L'apposizione della firma digitale ai documenti clinici costituisce prerequisite per l'archiviazione della copia al Repository Regionale FSE-INI in sussidiarietà e all'alimentazione del FSE;
- In base all'implementazione fatta in Campania, è possibile inviare al Repository Regionale FSE-INI i seguenti formati documentali:
 - CDA2 nativo con firma Xades con PDF innestato nel CDA2;
 - PDF con firma Pades.

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

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

Tab.22: Ambiti documentali integrati sia con il Repository Aziendale sia con il Repository Regionale FSE-INI

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

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

- Firma elettronica qualificata standard;
- Firma elettronica qualificata CNS;
- Firma elettronica qualificata Mobile;
- Firma elettronica qualificata remota.

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

- Il totale delle firme elettroniche qualificate emesse a partire da gennaio 2021 è **3356**;
- Il totale delle strutture invianti censite su FSE-INI è **83**;
- Il totale dei dirigenti medici sanitari (DRS) censiti su FSE-INI è **930**;
- Il totale dei documenti clinici inviati al FSE-INI è **606.289**, divisi come sinteticamente illustrato nella tabella 14

Tab.23: Documenti clinici inviati al FSE-INI

<i>Ambito Documentale</i>	<i>N. documenti inviati a FSE-INI</i>
Verbale di Pronto Soccorso	108.659
Lettera di dimissione ospedaliera	22.099
Referto di laboratorio	163.779
Referto radiologico	36.535
Referto specialistico	265.446
Referto di Anatomia Patologica	9.771
Totale	606.289

Modalità ed azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

2.4.13 Procedure già attive/da realizzare tramite il portale aziendale “www.aslcaserta.it”

Tab.24: Procedure attive su portale aziendale www.aslcaserta.it

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

Tab.25: Procedure da realizzare nel 2024

Scelta e revoca del medico di Medicina Generale	Portale a valenza aziendale attraverso il quale vengono pubblicati i dati dei medici di MG con i relativi indirizzi ed orari degli studi medici; possibilità da parte del cittadino di conoscere il numero di assistiti in carico ai MMGG e quindi procedere on line all'invio della richiesta di scelta.	In House
Informatizzazione della cartella clinica nei PPOO di S Maria CV, Maddaloni e Piedimonte Matese	Estensione dell'informatizzazione della Cartella Clinica Informatizzata in altre tre PPOO	Adesione a Convenzione CONSIP
Rilascio della copia della cartella clinica tramite Speed nei PPOO dove è attiva la Cartella Elettronica	Attraverso la realizzazione di uno specifico portale aziendale sarà possibile il rilascio di cartelle clinica per ricoveri avvenuti nei PPOO nei quali è attiva la cartella clinica elettronica.	In House

Tab. 26: Procedure da realizzare entro il 31/12/2024

Informatizzazione della cartella clinica nei PPOO di Aversa e Sessa Aurunca	Estensione dell'informatizzazione della Cartella Clinica Informatizzata in altre due PPOO	Adesione a Convenzione CONSIP
Rilascio On line di certificati, attestati ed altra documentazione sanitaria	Accesso al portale aziendale tramite speed da parte degli utenti per acquisire certificazioni sanitarie, autorizzazione etc.	In House

3. Il Piano della Performance

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

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

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

Le scadenze temporali della performance sono, di norma, così individuate, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 150 del 2009 (Definite anche con gli atti dell'Azienda Del. 148 del 3.2.2023 "Preso d'atto Regolamento aziendale in materia di Sistema per la misurazione e valutazione della performance -Area Dirigenti- dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta" e Del. 2155 del 21.12.2023 "Preso d'atto Contratto Collettivo Integrativo Aziendale CCNL 2019/21 Comparto Area Sanità") :

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

Nel regolamento aziendale vengono previste:

- La performance organizzativa che prende avvio dall'assegnazione degli obiettivi a ciascun Centro di Responsabilità da parte del Direttore Generale.
- La performance individuale con delle specifiche schede e relativi parametri di valutazione.

Alla valutazione definitiva si perviene con la combinazione dei valori concernenti sia la performance individuale, sia quella organizzativa. Ciascuno di tali valori viene espresso con separato punteggio, alla cui somma viene commisurata la retribuzione premiale

Nel regolamento sono previste varie schede in tre diversi allegati:

- Per i dirigenti Titolari di Struttura complessa o semplice dipartimentale
 - a- Scheda per la valutazione dei risultati per il raggiungimento degli obiettivi economici e gestionali presenti nella scheda di budget della struttura con peso 45
 - b- Scheda per la valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali con peso 40
 - c- Scheda per le "capacità di differenziazione delle valutazioni del personale afferente alla UOC/UOSD con peso 15
- Per i dirigenti titolari di struttura Semplice
 - a- Scheda per la valutazione dei risultati per il contributo al raggiungimento degli obiettivi economici e gestionali presenti nella scheda di budget della struttura con peso 25
 - b- Scheda di valutazione dei risultati per il raggiungimento di obiettivi individuali correlati all'incarico dirigenziale con peso 30
 - c- Scheda di Valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali con peso 45
- Per i Dirigenti non titolari né di struttura complessa né di strutture semplici dip. e semplici
 - a- Scheda di valutazione dei risultati per il raggiungimento degli obiettivi della UO ed Individuali con peso 40
 - b- Scheda di valutazione dei risultati per le competenze professionali e manageriali con peso 45

Tab.27: Cronoprogramma del ciclo di gestione della performance

<i>Cronoprogramma del Ciclo di Gestione della Performance</i>										
<i>Fasi</i>	<i>Gen. Anno X</i>	<i>Feb. Anno X</i>	<i>Mar. Anno X</i>	<i>Giu Ann o X</i>	<i>Sett. Ann o X</i>	<i>Apr. Ann o x+1</i>	<i>Mag · Ann o X+1</i>	<i>Giu. Anno X+1</i>	<i>15 Sett. Anno X+1</i>	<i>Ott/Dic Anno X+1</i>
1.A Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	X									
1.B Presentazione e diffusione Piano Integrato di Attività e organizzazione	X									
2. Negoziazione Budget		X								
3. Conclusione Definizione Obiettivi			X							
4. Monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget				X	X					
5. Monitoraggio Finale con verifica raggiungimento obiettivi						X	X			
6. Valutazione obiettivi individuali con sottoscrizione schede di valutazione							X	X		
7. Predisposizione ed approvazione Relazione sulla performance ed invio all'OIV								X		
8. Validazione Relazione sulla performance da parte dell'OIV								X		
9. Erogazione premialità										X

Fig. 66: Fasi della Performance



Fig. 67: Obiettivi e risultati attesi

Pianificazione e Budget

Obiettivi e risultati attesi

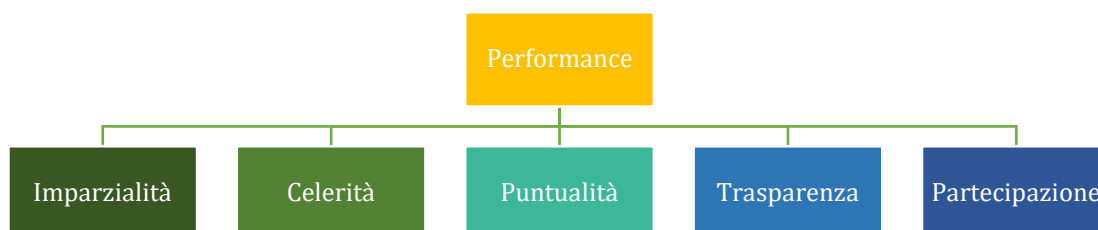
Pianificazione e Budget

Obiettivo del presente intervento è l'**informatizzazione del processo di Budget** inteso come **risultato di un processo decisionale, organizzativo e contabile** volto ad esprimere in termini quantitativi il complesso dei programmi aziendali, **allocandovi in modo ottimale le risorse** nell'organizzazione, in coerenza con il **piano strategico** e con la **disponibilità economico finanziaria e gestionale**.



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

Fig. 68: Caratteristiche della Performance



Nel rispetto delle risorse a disposizione e degli obiettivi assegnati a livello regionale al Direttore Generale, il *piano triennale della performance* è strutturato per garantire la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione

anche attraverso la piena accessibilità sia fisica che digitale ai servizi, il potenziamento delle strutture aziendali e l'ottimizzazione del funzionamento complessivo.

L'Azienda persegue i seguenti obiettivi e linee strategiche:

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

Inoltre in attuazione della Circolare del Ministero per la Pubblica Amministrazione del 28 Novembre 2023 si rende necessario:

- Migliorare l'efficacia e l'utilità dei sistemi attualmente in uso per la valutazione della performance individuale dei dirigenti, ponendo al centro del processo di valutazione la leadership quale leva abilitante per il funzionamento delle strutture;
- favorire l'individuazione di nuove forme di premialità, in relazione al conseguimento di elevate performance individuali e organizzative, valorizzando in questo modo il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno di ogni macrostruttura sanitaria;
- l'introduzione di forme di rewarding per chi ha contribuito maggiormente al miglioramento della performance dell'amministrazione.

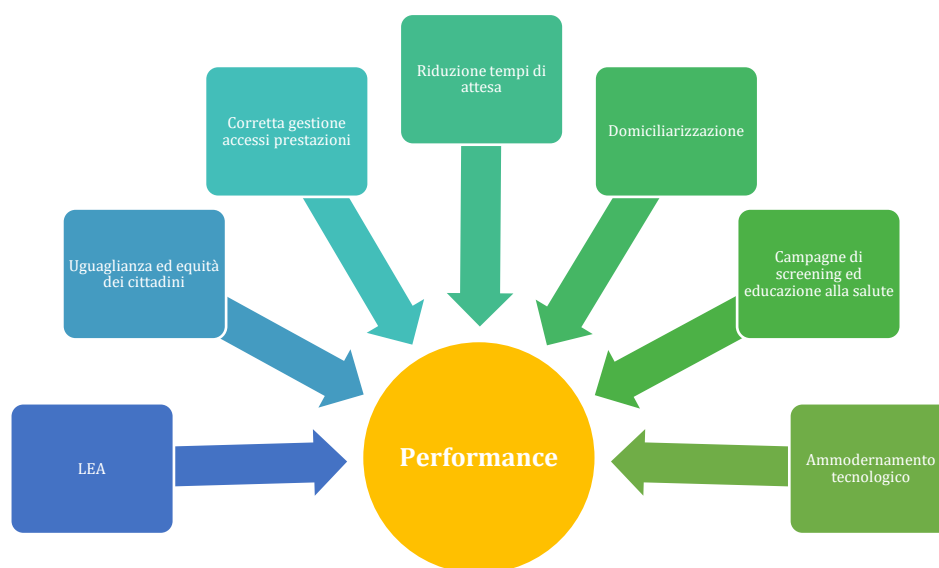
Alla luce della predetta Circolare il sistema di valutazione della performance deve andare nella direzione della semplice valutazione gerarchica e unidirezionale valorizzando i seguenti elementi :

- la valutazione dal basso, nella quale sono i collaboratori ad esprimere, in forma rigorosamente anonima, un giudizio sul proprio superiore (ad esempio, con questionari anonimi volti a verificare se l'operato del dirigente è orientato a valorizzare le attitudini del personale, a incentivarne la produttività, a garantire il benessere organizzativo, etc.);

- la valutazione fra pari, nella quale sono coinvolti i colleghi, soprattutto quelli con i quali si ha un rapporto più costante e rilevante;
- la valutazione collegiale (v. infra calibration), nella quale al fine di superare eventuali asimmetrie nelle scale di valutazione degli obiettivi e dei comportamenti del personale, sono previste specifiche fasi - preventive e successive - di confronto tra dirigenti (o, a seconda dei casi, tra direttori o tra dirigenti apicali);
- la valutazione, con riguardo alla performance organizzativa di strutture complesse o meno, da parte di stakeholder esterni (per esempio, da parte degli utenti di un servizio erogato dall'ufficio o di un campione di cittadini opportunamente individuato o da altri portatori di interessi, fondamentale quando si tratta di dipendenti a stretto contatto con il pubblico).

I dirigenti, in questo contesto, assumono un ruolo cruciale nel processo di trasformazione che, in un momento storico come quello che stiamo vivendo, sta coinvolgendo anche le amministrazioni, centrali e territoriali. È proprio al dirigente che spetta la responsabilità non soltanto del presidio tecnico delle attività di sua competenza, ma soprattutto della valorizzazione del capitale umano che gli è assegnato. Valorizzare significa, innanzitutto, conoscere le persone che sono assegnate, il loro profilo di competenza, i punti di forza e di debolezza; significa stimarne il potenziale, assegnare gli obiettivi e valutare la performance. Significa, innanzitutto, guidare le persone verso il cambiamento con senso di responsabilità in un contesto capace di innescare meccanismi virtuosi alla cui base deve esserci un unico principio: il merito.

Fig. 69: Obiettivi della Performance



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

Principali Attività

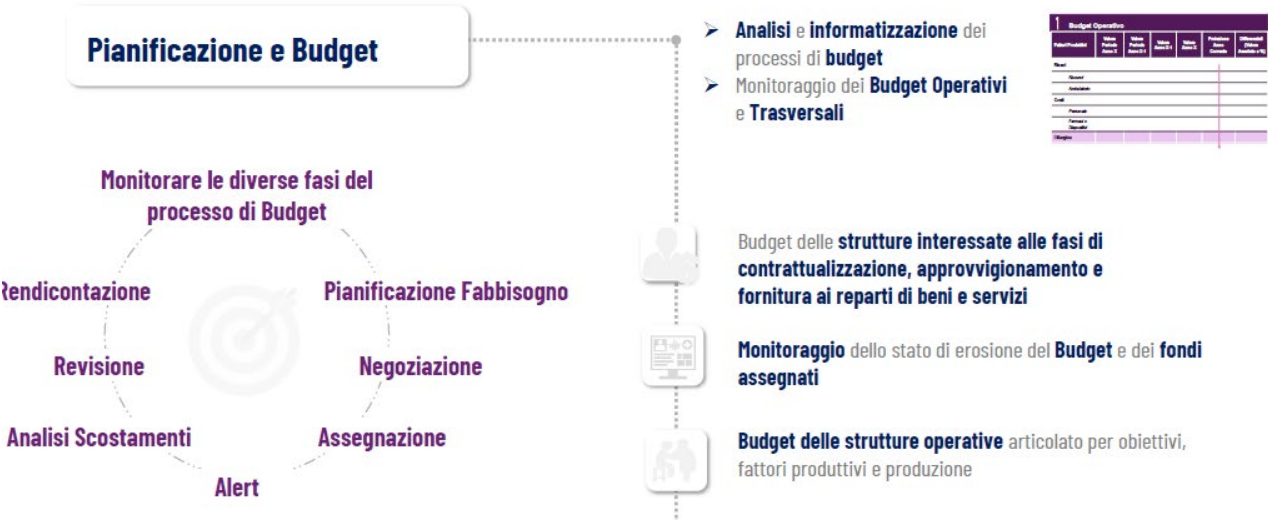


Fig. 70- Principali attività

Obiettivi

Rendere più **efficiente il processo di valutazione delle performance** del personale dell'ASL Caserta attraverso la **revisione dei processi** e l'adozione di una **soluzione innovativa** nel rispetto **della normativa vigente nel contesto dell'Amministrazione**.

La soluzione supporterà ASL Caserta nella **digitalizzazione, automazione e controllo** di tutte le fasi del processo di valutazione permettendo la **standardizzazione dei processi** e l'adozione delle **best practice**.



Fig.71- Obiettivi della Valutazione della Performance

A partire dal 2024 la valutazione della Performance ed il relativo monitoraggio sarà gestito totalmente in modalità digitalizzata.

Fig. 72- Soluzioni previste

La soluzione proposta

La soluzione proposta è basata sull'implementazione della soluzione tecnologia **SaaS Oracle HCM Cloud** focalizzata sui **processi gestionali e di talent management**.



SaaS Oracle HCM Cloud propone per ogni processo le best practice in ambito HCM attraverso i seguenti moduli:

- **Oracle Fusion Global Human Resources**
- **Oracle Fusion Talent Management Cloud Service**

Per rispondere alle specificità del contesto e per la realizzazione delle integrazioni necessarie, l'offerta prevede inoltre l'utilizzo delle tecnologie **Oracle Platform As A Service (PaaS)**.

Fig. 73 – Principali attività

Principali attività

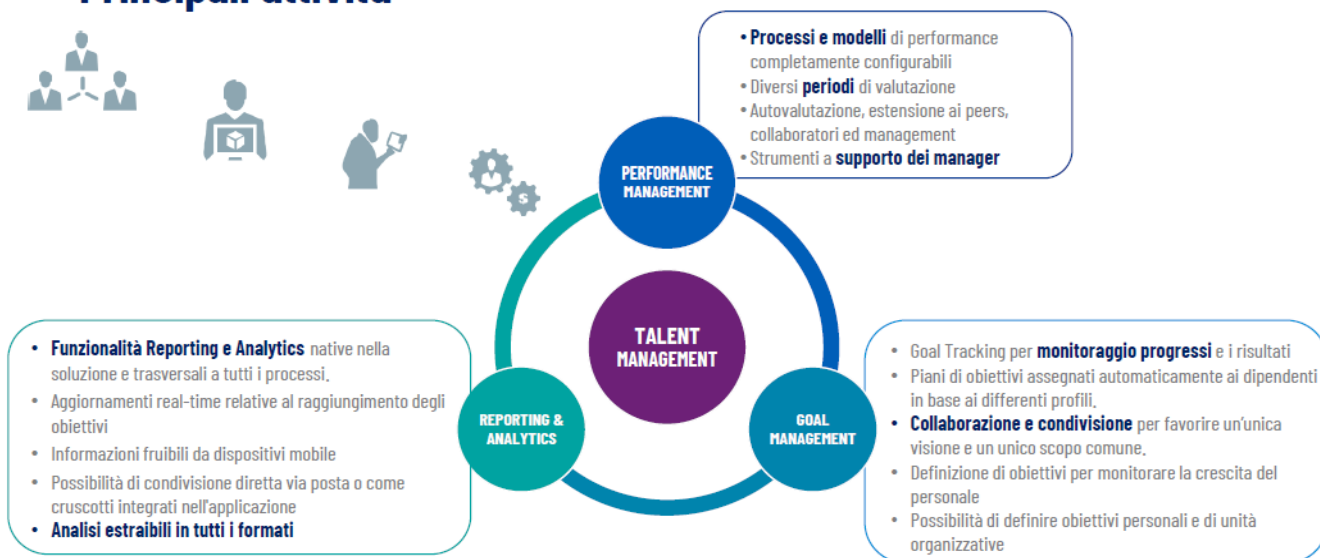


Fig. 74-Metodologia di Progetto

Metodologia di progetto



Metodologia «Product Driven»

- Il progetto di implementazione proposto prevede la **revisione dei processi aziendali** e l'adozione delle principali **best practice** native nella soluzione
- L'esperienza consolidata nella gestione della realizzazione dei progetti ha permesso di definire una strategia di implementazione che consente di identificare e gestire efficacemente i **gap** che emergeranno durante il progetto.
- Attraverso l'uso della metodologia dei workshop, l'elenco dei gap verrà progressivamente ridotto attraverso attività di **change management** e di **configurazione**.

Come funziona?

- **Incontri di condivisione** soluzione applicativa e feedback tra referenti del fornitore e del cliente durante tutte le fasi progettuali (**workshop**)
- Implementazione **primo prototipo applicativo** con le funzionalità ritenute a maggior valore dai referenti del cliente
- **Progressivo affinamento e arricchimento della soluzione** fino alla realizzazione della versione definitiva

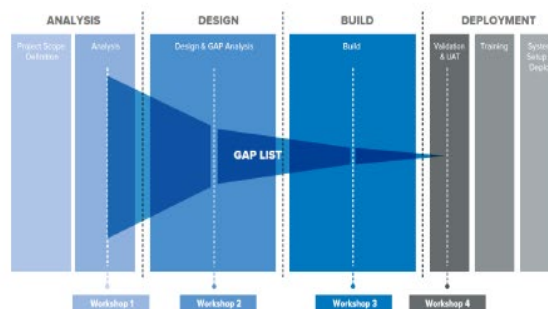


Fig. 75 : Risultati attesi

Risultati attesi



Requisiti degli indicatori

Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico. Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati “**indicatori di performance della sanità**” è quindi fondamentale per un sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema.

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

- **Comprensibilità** (chiari, contestualizzati, concreti);
- **Confrontabilità** (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);

- *Fattibilità* (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
- *Affidabilità* (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Tab.28: Distribuzione degli obiettivi operativi 2024 rispetto agli obiettivi istituzionali

<i>Obiettivi istituzionali</i>	<i>Obiettivi operativi</i>	<i>Indicatori (Risultato)</i>	<i>Indicatori (Efficienza)</i>
Il Paziente in età pediatrica	1	1	1
La fase pre-concezionale	2	2	
La fase prenatale	2	2	2
La tutela della nascita	1	1	1
Il Paziente cronico e/o fragile	2	2	
Area delle cure palliative, non autosufficienti -Anziani-Assistenza	2	2	2
Assistenza domiciliare	3	3	
Salute Mentale	10		10
Disturbi del neuro sviluppo dell'età evolutive	2	1	4
Dipendenze patologiche	8		8
Area del Dipartimento di Prevenzione	26	30	40
Sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale	1	5	1
Prevenzione malattie croniche non trasmissibili	2	2	
Prevenzione patologie oncologiche	5	5	1
Monitoraggio della Farmaceutica territoriale	12	4	8
La gestione delle liste di attesa e del CUP	3	4	4
Il Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva	3		3
Obiettivi di riorganizzazione	7	10	8
La comunicazione sanitaria	4		4
Obiettivi economici	3	1	2
Obiettivi gestionali	11	3	11
Obiettivi per la Prevenzione della Corruzione	24		24
Obiettivi per la Trasparenza	12		12
Obiettivi per la Privacy	7		7
Obiettivi del Sistema di garanzia (NSG)	28	28	
Obiettivi distrettuali	20	20	
Obiettivi dei Presidi Ospedalieri	27	27	
Obiettivi per il contenimento dell'infezione Covid 19	15		15
Totale	243	153	168

3.1 Obiettivi per aree tematiche

3.1.1 Il paziente in età pediatrica

Tab.29: Il paziente in età pediatrica

<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore (Efficienza e di risultato)</i>	<i>2024</i>	<i>2025</i>	<i>2026</i>
Integrazione ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale	Numero di neonati/bambini presi in carico dai consultori in integrazione con i reparti ospedalieri di pediatria.	10%	15%	20%

3.1.2 La fase pre-concezionale

Tab.30: La fase pre-concezionale

<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore (Efficienza e di risultato)</i>	<i>2024</i>	<i>2025</i>	<i>2026</i>
Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni.	Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni sul totale	30%	35%	80%
Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella pre-concezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia	Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella pre-concezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia.	20%	40%	60%

3.1.3 La fase pre-natale

Tab.31: La fase pre-natale

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne	Numero linee di indirizzo o informative emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno) (N. 1 per ogni distretto)	2	3	4
Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% dei Consultori	Numero di UUOO che attivano la diagnostica prenatale	2 UUOO	3 UUOO	Almeno 5 UUOO

3.1.4 La tutela della nascita

Tab.32: La tutela della nascita

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Attivare corsi in ambiente consultoriale per ridurre il ricorso al Taglio Cesareo	Numero di percorsi formativi attivati per Distretto	Almeno un corso nel 30 % dei consultori	Almeno un corso nel 50% dei consultori	Almeno un corso nel 75% dei consultori

3.1.5 Il paziente cronico e/o fragile

Tab. 33: Il paziente cronico e/o fragile

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Modello Chronic Care Center	N. di Chronic Care Center attivati per ogni distretto (n. 1 per ogni distretto) Visite specialistiche multidisciplinari effettuate (incremento del 10 % rispetto al 2023): Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 2 patologie croniche; Numero di piani individuali di cura programmati/ totale pazienti presi in carico;	Attivazione in tutti i distretti 01/1/2024	35% dei Pazienti in cura	50% dei pazienti in cura
Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche Riduzione accessi in Pronto Soccorso	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come da PDTA regionale (> 20 %); Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ace inibitori, sartani o betabloccanti) come previsto da manuale PDTA ministeriale (> 10% rispetto al 2023); Percentuale di pazienti diabetici che eseguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance della creatinina, fondo oculare, come previsto da PDTA aziendale.	Copertura del 30% della popolazione over 65 entro il 31/12/ 2024	Copertura del 35% della popolazione over 65 entro il 31/12/2025	Copertura del 50% della popolazione over 65 entro il 31/12/2026

3.1.6 Area delle Cure palliative

Tab. 34: Area delle Cure palliative

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Assistenza > 65 anni	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (ind. 8 griglia LEA)	6%	8%	10%

	Incremento delle UVMD effettuate per le cure palliative	50% copertura	75% copertura	100% copertura
Sviluppo del piano per le cure palliative	Percentuale di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o strutture intermedie)	40%	50%	60%

3.1.7 L'assistenza domiciliare

Tab. 35: Assistenza domiciliare

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
SIAD 04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – per tutti i soggetti e under 65 anni	Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni (come da obiettivi regionali)	Ob regionale	Ob regionale	Ob regionale
Accessi medici palliativi - flusso SIAD	Numero di accessi medici cure palliative (come da obiettivi regionali)	Ob regionale	Ob regionale	Ob regionale
Presa in carico ass over 65 pari al 10% pop.	Numero utenti > 65 presi in carico/popolazione <65 totale	10%	12%	15%

3.1.8 La salute mentale

Tab. 36: La Salute Mentale

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Sviluppo PDTA Esordi Psicotici e Schizofrenia	Definire il PDTA “esordi psicopatologici”	31/12/2024	Aggiornare	Aggiornare
Implementazione utenza assistita dalla UOSD DCA	Implementare delle prese in carico e delle attività, per incrementare il numero dei pazienti assistiti rispetto al 2023 di almeno il 25%. N. Utenti in carico (target + 25%).	>25 del 2023	>5%	>5%
Monitoraggio ricoveri autorizzati dalla UOSD DCA presso strutture fuori regione	Controllare al termine di ogni semestre, i ricoveri autorizzati, per valutare l'andamento nell'anno. N. 2 report semestrali.	2 report annuali	2 Report	2 Report
Costituzione Gruppo di Lavoro Autismo e Fascia di Transizione	Il Gruppo di lavoro multidisciplinare e sovra-distrettuale dovrà riunirsi con cadenza almeno bimestrale, verbalizzando di volta in volta gli incontri. ➤ Gruppo di Lavoro costituito; N. Riunioni effettuate.	Elaz. Trimestrale	Elaz. Trimestrale	Elaz. Trimestrale
Efficienza e tempestività dei flussi informativi (STP, ENI, dati sulla sicurezza, SMOP, Sorveglianza Covid in strutture residenziali, ecc...)	I Direttori di struttura dovranno convocare tutti i dipendenti per sensibilizzarli sulla necessità di provvedere puntualmente all'inserimento dei dati di attività su POTW per corretto e puntuale assolvimento del debito informativo. N. flussi inviati.	100%	100%	100%
Implementazione attività socioriabilitative e delle attività di rete, fascia 18-30 anni, per prevenzione del disagio e intervento precoce	Implementare attività e laboratori rivolti ai giovani utenti, sempre orientati verso la recovery e il recupero funzionale, possibilmente creando piccoli gruppi omogenei. Coinvolgere Enti, Associazioni del Volontariato, Istituzioni scolastiche, gruppi d'interesse nella organizzazione-implementazione di una rete di supporto per la prevenzione del disagio psichico e per l'intervento precoce. ➤ N. Attività realizzate; ➤ N. Utenti coinvolti; N. Protocolli realizzati.	N. Attività realizzate; N. Utenti coinvolti; N. Protocolli realizzati	N. Attività realizzate; N. Utenti coinvolti; N. Protocolli realizzati	N. Attività realizzate; N. Utenti coinvolti; N. Protocolli realizzati
Monitoraggio uso strumenti di contenzione in SPDC	Utilizzando un'apposita Scheda di Rilevazione, costruita specificamente allo scopo, si dovrà procedere a due controlli semestrali, con produzione di report per uno studio conoscitivo del fenomeno dell'utilizzo della contenzione fisica all'interno del DSM. ➤ Costruzione “Scheda di rilevazione”; N.2 Report semestrali.	2 Rep Sem	2 Rep Sem	2 Rep Sem
Percentuale Ricoveri Ripetuti in Psichiatria/Totale Ricoveri per Patologie Psichiatriche	< 6,9 %	<0,69%	<0,69%	<0,69%
Adempimenti Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	>95%	>95%	>95%	>95%
Sicurezza dei lavoratori e degli utenti	Attuare tutte le misure di sicurezza negli ambienti di lavoro sia per i dipendenti che per gli utenti			

3.1.9 I disturbi del neuro-sviluppo dell'età evolutiva

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

Tab. 37: I disturbi del neuro-sviluppo dell'età evolutiva

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Uniformare il funzionamento e le attività dei consultori famigliari, Neuropsichiatrie infantili, ed Età Evolutiva tra i dodici distretti dell'ASL	Sviluppo PDTA e procedure per patologie (disturbi neuro-sviluppo, psicopatologia-psichiatria, disturbi specifici), per ambito (perinatalità), per attività (gestione mandati tribunale)	30%	45%	55%
	Uniformazione del funzionamento dei servizi IAFC (Neuropsichiatria Infantile, Età Evolutiva, Consultori Familiari) nei 12 distretti	100%	100%	100%
	Completamento del lavoro di informatizzazione con adozione di un software unico nelle 12 sedi distrettuali ed informatizzazione delle UVDM.	Avvio	70%	100%
	Realizzazione del progetto di riorganizzazione delle sedi e delle attività dei consultori famigliari	25%	55%	80%
Verifica periodica dello stato di attuazione del percorso riabilitativo con rivisitazione del paziente ed eventuale dimissione o passaggio ad altro livello di cura	Numero di pazienti rivisitati (almeno 80 % ogni anno)	80%	90%	100%

3.1.10 Le dipendenze patologiche

Tab. 38: Le dipendenze patologiche

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2023	2024	2025	2026
1 -Promozione di programmi e iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche. Attuazione piano locale della prevenzione Dipendenze	- Attuazione piano locale della prevenzione Dipendenze.	22 IST CON 367 STUDENTI	>10% stud.a rischio di problematicità	>5 %	>5%
2-Tutela della Salute Pubblica. Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali	Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali	Ridotti i ricoveri extra Regione da 23 a 18 con un risparmio di euro 87.169,90	-2%	-1%	-1%
3-Tutela della salute dei soggetti in carico - Rilevazione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze	Tutela della salute dei soggetti in carico - Rilevazione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze	Tutti 439 nuovi utenti hanno effettuato HIV e Hbs-Ag	100%	100%	100%
4-Incremento screening HIV e attivazione screening nazionale gratuito per l'eliminazione del Virus come da G.U. 162 dell'8/07/2022	Incremento screening HCV e attivazione screening nazionale gratuito per l'eliminazione del Virus come da G.U. 162 dell'8/07/2022	Su 263 pazienti n. 43 paz. Sono risultati positivi alla HCV RNA - Di questi 28 si sono neg.(65,12%)	>30 %	>30%	>30%
5-Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente	Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente	5,30 % rilevazioni sostanze tossic. Urinarie	= 2023	=2023	=2023
6- Assolvimento debiti informativi del Sistema Informativo Dipendenze-Corretta compilazione e trasmissione tempestiva dei flussi	Corretta compilazione e trasmissione tempestiva dei flussi	100% nei termini	100%	100%	100%
7-Riduzione frequenza supplementi su assunzione o su affidamento dei farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, suboxone e sodio oxibato)	Riduzione frequenza supplementi su assunzione o su affidamento dei farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, suboxone e sodio oxibato)	0,89% (-19,52%)	= 2023	=2023	=2023
8- Utenti con diagnosi di dipendenza comportamentale-GAP iscritti nella piattaforma SID	Utenti con diagnosi di dipendenza comportamentale-GAP iscritti nella piattaforma SID	Isritti in piattaforma 108 nuovi paz.	100%	100%	100%

3.1.11 Area del Dipartimento di Prevenzione

Tab. 39: Area del Dipartimento di Prevenzione

Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2024-2026	Obiettivo operativo anno 2024	2024	2025	2026
1 - Sorveglianza sulle attività di macellazione, stabilimenti registrati	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni	15%	25%	35%
2 - Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Controllo delle specie fungine su richiesta	15%	25%	35%
3 - Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
4 - Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a agli operatori sanitari anche attraverso report strutturati	100%	100%	100%
5 - Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale	Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT	100%	100%	100%
6 - Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol	Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazioni sui rischi per la salute Offerta di counseling individuale	100%	100%	100%
7 - Promozione dell'attività fisica, tutela sanitaria dell'attività fisica e sana alimentazione per favorire stili di vita salubri.	Attivazione di programmi intersettoriali Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche	70 %	100%	100%
8 - Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse	N. Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffuse Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni (come da obiettivi regionali)	100%	100%	100%
9 - Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse	Profilassi immunitaria e chemioprolissi dei contatti e dei soggetti a rischio Interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi Produzione periodica di report sugli interventi di controllo Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
10 - Vaccinazioni • Nuovi nati: cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, rotavirus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C; • Adolescenti: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-meningococco ACWY135e vaccino anti HPV; • Soggetti di età ≤ 65 anni: vaccino anti-influenzale stagionale; • Soggetti di età pari a 65 anni: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-pneumococco PCV13+PPV23 e vaccino anti- zoster; • Soggetti a rischio di tutte le età: vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2012-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento.	N. Inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali Vaccinazioni secondo le buone pratiche Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive Produzione di report ((come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
11 - Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo	Attività di controllo Supporto agli Enti preposti nella definizione del percorso di miglioramento	100%	100%	100%
12 - Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e sociosanitaria	Attività di controllo	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
13 - Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro	Attività di controllo	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
14 - Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Assistenza alle associazioni datoriali e sindacali per l'individuazione delle soluzioni ai fini di un loro riconoscimento quali buone prassi Informazione e diffusione delle buone prassi alle associazioni datoriali e sindacali	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
15 - Ispezionare in almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati	N. Ispezionare (almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza) e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati	5% e 100%	8% e 100%	10% e 100%

Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2024-2026	Obiettivo operativo anno 2024	2024	2025	2026
16 - Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori	Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
17 - Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori	Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di vita	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
18 - Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori	Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche: controlli integrati degli allevamenti ai fini della	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati: effettuazione audit su	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione: attuazione del	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Incremento controlli prodotti alimentari, funghi, acque, requisiti strutturali imprese alimentari, impiego fitofarmaci additivi e coloranti	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
19 - Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale	N. Implementazioni anagrafiche (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
20 - Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali	N. Certificazioni	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Rilascio pareri ed autorizzazioni (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
21 - Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali	N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Certificazioni (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
22 - Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza	N. Rilascio pareri ed autorizzazioni (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Gestione delle anagrafiche	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
23 - Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione	Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti. Identificazione e iscrizione in anagrafe (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Identificazione e iscrizione in anagrafe Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie Censimento delle colonie feline (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	N. Censimento delle colonie feline. Attività informativa e divulgativa (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Controllo animali morsicatori	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2024-2026	Obiettivo operativo anno 2024	2024	2025	2026
24 - Igiene urbana veterinaria: Controllo delle popolazioni sinantropi. Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani	Valutazione comportamentale dei cani aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di malattie	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
25 - Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente	Sorveglianza epidemiologica Report informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016)	>95%	>95 %	>95 %
26 - Rispetto degli standard regionali di copertura vaccinazioni	N. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali)	>95%	>95 %	>95 %
	N. Copertura vaccinale per vaccinazione antiinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali)	>65 %	>65 %	>65 %
	N. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.12 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale

Tab.40: La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Implementare sull'intera azienda un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti	Pubblicazione di un atlante aziendale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2018	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Pubblicazione di un atlante aziendale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Pubblicazione di un atlante aziendale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Geo-referenziazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale	Avvio	100%	100%
	Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale	Avvio	100%	100%

3.1.13 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili

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

Tab.41: Prevenzione malattie croniche non trasmissibili

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50"	Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia (come da obiettivi regionali) Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate	Numero di strutture, individuazione da parte dei Distretti, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.14 Il paziente oncologico

Tab.42: Il paziente oncologico

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio	Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre; Numero di MMG attivi in piattaforma	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.15 Prevenzione patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di prevenzione primaria che, nello specifico, sono principalmente rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

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

Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione.

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

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

Tab.43: Prevenzione patologie oncologiche

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018	Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico- terapeutica in relazione alla patologia neoplastica	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Rispetto degli standard regionali di screening	N. Adesione corretta per screening mammografico (come da obiettivi regionali)	>35%	>35%	>40%
	N. Adesione corretta per screening citologico (come da obiettivi regionali)	>25%	>30%	>35%
	N. Adesione corretta per screening colon-retto (come da obiettivi regionali)	>25%	> 27%	>30%
Potenziamento dei tre screening	Obiettivi screening (Colon, Mammella e Cervice) (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Introduzione screening Melanoma	Potenziare lo screening del Melanoma (+ 10 % rispetto al 2021)	+10% sul 2022	+15% sul 2022	+20% sul 2022

Tab.43 bis: Prevenzione patologie oncologiche

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Rimodulazione procedure operative	Screening del colon retto. raggiungimento di una estensione del 90% e di una adesione al 30% Screening della mammella fascia di età 50/69 anni. raggiungimento di una estensione dell'85% e di una	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

	adesione del 40% Screening della cervice uterine. raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 35%			
Implementazione sull'intero territorio aziendale dello screening per il cervico-carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni	N. Report	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.16 Prevenzione patologie cardiovascolari

Tab.44: Prevenzione patologie cardiovascolari

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Ridurre il numero di ricoveri per scompenso cardiaco	N. di ricoveri per scompenso cardiaco con riduzione di almeno il 40 % rispetto al 2018	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.17 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

Tab. 45: Farmaceutica territoriale – farmaceutica convenzionata

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Monitoraggio spesa farmaceutica convenzionata	N. Monitoraggi spesa Biosimilari, equivalenti e antibiotici	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Verifica appropriatezza farmaci ad alto costo attraverso PDTA	N. Riduzione percentuale dell'utilizzo farmaci ad alto	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Sviluppo di percorsi di lotta all'antibiotico resistenza	Istituzione di un gruppo di lavoro sul monitoraggio della terapia antibiotica nel territorio	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva	Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito della farmaceutica territoriale	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, quali Farmaci Oncologici ad alto costo e Farmaci innovativi; Verifica aderenza terapie per Diabete, ASMA e BPCO	Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, con particolare attenzione ai farmaci ad alto costo (oncologici, innovativi); alla promozione e incremento dell'uso dei farmaci biosimilari e al corretto impiego dei farmaci antimicrobici. Attivazione di procedure ed audit clinici per l'area oncologica	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva	Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito della farmaceutica ospedaliera	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti (variazione % rispetto al tetto)	-10%	- 6%	-3%
	Rispetto del pro-capite pesato diretta di classe A e H assegnato (variazione % rispetto al tetto)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Registri AIFA: rispetto della compilazione e recupero note credito (variazione % rispetto al tetto)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Rispetto del tetto di costo: DM e IVD (variazione % rispetto al tetto)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata (variazione % rispetto al tetto)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa (variazione % rispetto al tetto)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Rispetto del pro capite pesato per Assistenza Protesica (variazione % rispetto al tetto)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Uniformare progressivamente le modalità erogative delle protesi e degli ausili nel territorio provinciale	Applicazione dei protocolli aziendali in materia di protesi ed ausili	100%	100%	100%

3.1.18 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie

Tab. 46: Farmaceutica territoriale – monitoraggio dell'aderenza alle terapie

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Definizione di nuovi obiettivi da assegnare, inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche	Numero di report prodotti N. di Riscontri forniti dai direttori dei distretti con interventi concreti presso i Medici di Medicina generale e n. di riunioni nelle UCAD	Riscontri 30% su report notificati	Riscontri 40% su report notificati	Riscontri 50% su report notificati

3.1.19 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

Tab. 47: Farmaceutica territoriale – farmaci equivalenti

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Prevedere specifici indicatori che ciascun distretto dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno)	Relazioni	Ob Regionali	Ob Regionali	Ob Regionali

3.1.20 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

Tab. 48: Farmaceutica territoriale – farmaci biosimilari

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Prevedere specifici indicatori che ciascun distretto dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno)	Numero di report prodotti	Ob Regionali	Ob Regionali	Ob Regionali

3.1.21 Distribuzione per conto (DPC)

Tab. 49: Distribuzione per conto (DPC)

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Invio relazioni ed analisi con periodicità trimestrale	Numero di report prodotti	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale

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

Tab. 50: Gestione delle liste d'attesa

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

3.1.23 Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa

Tab. 51: Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Monitoraggio tetti di spesa	Monitoraggio tetti di spesa	100%	100%	100%
Sviluppo dell'attività dei controlli delle attività dei privati accreditati	Strutturazione di un sistema dei controlli delle attività dei privati accreditati con sviluppo di un cruscotto strutturato di monitoraggio	Avvio	100%	100%

3.1.24 Riorganizzazione dei distretti sanitari

Tab. 52: Riorganizzazione distretti sanitari

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Porta Unica di Accesso	Attivazione per ogni distretto sanitario	100%	100%	100%
Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e multidisciplinare	Attivazione per ogni distretto sanitario	60%	80%	100%

3.1.25 Area dell'emergenza

Tab. 53: Area dell'emergenza

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso	Intervallo Allarme-target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016) (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.26 Area della Medicina Generale (MMG, Ped Is)

Tab. 54: Area della Medicina Generale (MMG, Ped Is)

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Sviluppo delle AAFITT, con particolare attenzione ai capitoli della Farmaceutica, della Specialistica e della Protesica	Sviluppo delle AAFITT con applicazione PDTA diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Definizione del ruolo della Medicina Primaria nello sviluppo di un modello aziendale di Cure Palliative				
	Aumento della percentuale di pazienti oncologici deceduti a domicilio (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Monitoraggio degli indicatori regionali e individuazione azioni di miglioramento				
	Diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del costo annuo pro-capite per la farmaceutica convenzionata (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
	Diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (escluso laboratorio) (come da obiettivi regionali)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Sviluppo delle AAFITT, con particolare attenzione ai capitoli della Farmaceutica, della Specialistica e della Protesica	Sviluppo delle AAFITT con applicazione PDTA diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.27 La comunicazione sanitaria

Tab. 55: La comunicazione sanitaria

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Sviluppo del Piano di Comunicazione integrata	Produzione di prodotti editoriali finalizzati a valorizzare eventi, investimenti, servizi e professionisti	100%	100%	100%
Sviluppo e implementazione APP aziendali	Sviluppo e completamento APP per Screening e CUP	100%	100%	100%

Tab. 56: La comunicazione sanitaria

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake	Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione	100%	100%	100%

news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete.				
Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani"	Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti	Almeno 4	Almeno 6	Almeno 10

3.1.28 Obiettivi economici

Tempestività dei pagamenti

La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP hanno comportato una duplice azione: entrata a pieno regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), consentendo di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni.

Tab. 57: Obiettivi economici – Tempestività dei pagamenti

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico.	Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2023) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2025, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP)	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

Certificabilità dei bilanci del SSR

Tab. 58: Obiettivi economici – Certificabilità dei bilanci del SSR

L'aggiornamento dei PAC con la previsione della completa attivazione della contabilità analitica e l'attivazione delle funzioni di Internal Audit con la specifica indicazione delle attività a regime al 31/06/2024.

Di seguito la percentuale distinta per azienda relativa alle azioni in corso di completamento e completate sul totale delle azioni PAC.

Azienda	N. Azioni in corso di completamento		Azioni completate		Totale Azioni
	Numero	% sul Totale	Numero	% sul Totale	
ASL Caserta	35	23%	116	77%	151

Si evidenzia che il completamento al 100% delle azioni PAC al 31/12/2024 è condizione necessaria all'istruttoria del bilancio consuntivo 2023 finalizzata all'approvazione da parte della G.R.C. e pertanto rientra tra gli obiettivi primari delle Direzioni Strategiche Aziendali.

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Implementazione dell'impianto contabile necessario all'accompagnamento della certificabilità dei Bilanci	Relazione	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione
Monitoraggio dell'applicazione delle procedure amministrative contabili adottate	Relazione	Ob Regione	Ob Regione	Ob Regione

3.1.29 Obiettivi amministrativi e gestionali

Informatizzazione e digitalizzazione

Tab. 59: Obiettivi amministrativi e gestionali – Informatizzazione e digitalizzazione

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Messa in sicurezza CED	Completamento procedure di messa in sicurezza del CED per la normativa della Privacy	100%	100%	100%
Allineamento e flussi Sinfonia	Allineamento e flussi sinfonia	100%	100%	100%
Redazione, avvio e monitoraggio dei fabbisogni e assunzioni di personale dirigenziale e del comparto	Report di monitoraggio del rispetto di tempi di invio del report di monitoraggio dei costi del personale con cadenza periodica per la Direzione	100%	100%	100%
Omogeneizzazione, centralizzazione e razionalizzazione dei servizi	Avvio del progetto di riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini, con raggruppamento dei magazzini (eкономali e dispositivi medici).	30/06/2024		
Revisione della logistica e della gestione degli archivi	Progetto per la riorganizzazione nella gestione degli archivi correnti con digitalizzazione delle cartelle cliniche grazie all'avvio del nuovo servizio in appalto	31/10/2024	30/06/2025	

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Monitoraggio strutturato dei centri ordinatori	Monitoraggio strutturato dei contratti e percorsi informatizzati del ciclo ordine-liquidazione- pagamento	100%	100%	100%
Incontri formativi comunicazione con media e utenza	Rispetto di tutti i criteri di completezza, qualità e tempestività sull'insieme dei flussi NSIS Ministeriali e di attività Organizzazione di eventi formativi, rivolti agli operatori della Sanità	100%	100%	100%
Attuazione della nuova organizzazione	Completamento della nuova organizzazione secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale	31/12/2024		
Implementazione di un "Sistema Qualità" uniforme in ambito provinciale nel rispetto della normativa in materia di accreditamento dei Provider	Implementare il "Sistema Qualità" nel rispetto della normativa	31/12/2024		
	Sperimentare il progetto di valutazione reale della ricaduta formativa in determinati percorsi formativi	31/12/2024		
Sviluppo del processo di implementazione di specifiche piattaforme informatiche e di sviluppo di modalità formative innovative (FAD)	Favorire il massimo utilizzo della piattaforma tramite l'organizzazione di momenti formativi e di aggiornamento	31/12/2024		

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

Tab. 60: La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore

Obiettivo	Indicatore (Efficienza e di risultato)	2024	2025	2026
Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale	Report annuale di attività (come da obiettivi regionali)	31/12/2024	31/12/2025	31/12/2026
	Pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle "antibiotico-resistenze"	31/12/2024	31/12/2025	31/12/2026

3.1.31 Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra obiettivi della Performance e Piano per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione collettiva e individuale

In tal senso si intendono integralmente recepiti gli obiettivi relativi all'anticorruzione previsti nella delibera aziendale n. 115 del 31/1/2022, di approvazione del Piano aziendale delle Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024, nel quale sono presenti tutti gli obiettivi e le azioni oggetto di valutazione per tutti i Dipartimenti e le Macro-Aree aziendali.

3.1.32 Schede delle misure di prevenzione 2024-2026

Tab. 61: Misura di prevenzione N.1 – Codice di comportamento

Misura di prevenzione N.1: Codice di comportamento		
Denominazione misura	Codice di comportamento	
Descrizione misura	Sensibilizzazione e Monitoraggio circa l'attuazione del Codice di Comportamento	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT/Responsabile UOC Gestione Risorse Umane	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Adozione versione aggiornata del Codice di comportamento	Codice di comportamento	Controllabile dall'Amministrazione
Diffusione della cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Istituto	Comunicazione al personale	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Diffusione della cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Istituto	31/12/2024,25 e 26	
Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento	31/12/2024,25 e 26	
Indicatore		

Denominazione	Formula	Target
Codice di comportamento aggiornato	Si/No	100%
Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento	Numero di segnalazioni sul mancato rispetto del codice di comportamento	100%

Tab. 62: Misura di prevenzione N.2 – Rotazione del personale

Misura di prevenzione N.2: Rotazione del personale		
Denominazione misura	Rotazione del personale	
Descrizione misura	Applicazione del principio di rotazione	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	GRU	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Adozione “Linee guida per la rotazione del personale”	Linee guida per la rotazione del personale	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Attività di sensibilizzazione su obbligo di comunicazione da parte dei dipendenti dell’eventuale avvio di procedimenti penali, a loro carico, per condotte di natura corruttiva	Comunicazione	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Adozione “Linee guida per la rotazione del personale”	30/06/2024	
Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione	30/12/2024,2025 e 2026	
Attività di sensibilizzazione su obbligo di comunicazione da parte dei dipendenti dell’eventuale avvio di procedimenti penali, a loro carico, per condotte di natura corruttiva	30/11/2024	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Adozione “Linee guida per la rotazione del personale”	Si/No	100%
Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione	Si/No	30% annuo

Tab. 63: Misura di prevenzione N.3: Gestione del conflitto di interessi

Misura di prevenzione N.3: Gestione del conflitto di interessi		
Denominazione misura	Gestione del conflitto di interessi	
Descrizione misura	Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT/GRU	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Verifica a campione della presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate	Esito controlli su base campionaria	Controllabile dall'Amministrazione
Attività di sensibilizzazione in materia di conflitto di interessi	Comunicazione	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifica a campione	30/11/2024,30/11/2025 e 2026	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Codice di comportamento aggiornato	Si/No	100%
Numero dei controlli	Numero dichiarazioni controllate/Numero dichiarazioni totali	10% nel 2024;15% nel 2025 e 20% nel 2026

Tab. 64: Misura di prevenzione N.4 - Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Misura di prevenzione N.4: Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi		
Denominazione misura	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	
Descrizione misura	Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT/Responsabile UOC Gestione Risorse Umane	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive ex art.74,75 DPR 445 del 2000	Dichiarazione su specifica modulistica	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio dell'attuazione della misura	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive ex. Articolo 20 D.Lgs. 39/2013	Tempestivamente, nel rispetto delle scadenze previste ex lege	
Monitoraggio dell'attuazione della misura	30/11/2024,31/12/2025 e 2026	
Indicatore		

Denominazione	Formula	Target
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive	Si/No	-
Verifica dell'effettiva attuazione della disciplina	Numero dichiarazioni sul totale dei dirigenti	100%

Tab. 65: Misura di prevenzione N.5: Attività ed incarichi extra-istituzionali

Misura di prevenzione N.5: Attività ed incarichi extra-istituzionali		
Denominazione misura	Attività ed incarichi extra-istituzionali	
Descrizione misura	Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell’implementazione della misura	Responsabile UOC Gestione Risorse Umane	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Verifica a campione della presenza della modulistica debitamente	Esito controlli su base campionaria	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifica a campione	30/11/2024,2025 e 2026	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Numero dei controlli	Numero dichiarazioni controllate /numero dichiarazioni totali	10% nel 2024;15% nel 2025 e 20 % nel 2026

Tab. 66: Misura di prevenzione N.6: Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

Misura di prevenzione N.6: Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito		
Denominazione misura	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	
Descrizione misura	Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	Comunicazione al personale	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	30/06/2024	
Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute	30/11/2024,25 e 26	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	Si/No	
Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute	Numero segnalazioni	100%

Tab. 67: Misura di prevenzione N.7: Formazione

Misura di prevenzione N.7: Formazione		
Denominazione misura	Formazione	
Descrizione misura	Interventi formativi/informativi finalizzati alla promozione della cultura della legalità e per la prevenzione e gestione del rischio di corruzione	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT / Servizio Formazione	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione	Piano di formazione	Controllabile dall'Amministrazione
Sessioni di sensibilizzazione, informazione, formazione	Attività di sensibilizzazione, informazione, formazione fruita	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione	Relazione	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione dell'Istituto che preveda la formazione specialistica (in convenzione con SNA o altri Istituti di formazione)	31/04/2024	
Sessioni di sensibilizzazione, informazione, formazione	30/11/2024	
Monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione	30/11/2024,25 e 26	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Taraet

Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione	Si/No	
Attività di sensibilizzazione, formazione, informazione generale	Numero dipendenti coinvolti, numero totale dipendenti	100%
Attività di formazione specialistica	Soggetti destinatari di formazione specialistica	Numero personale/Numero totale dipendenti

Tab. 68: Misura di prevenzione N.8: Obiettivi economici

Misura di prevenzione N.8: Obiettivi economici		
Denominazione misura	Pagamenti fornitori	
Descrizione misura	Pagamenti fornitori in ordine strettamente cronologico	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	Responsabile UOC Gestione Risorse Economiche e Bilancio	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia	30/06/2024-30/11/2024	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Numero di verifiche a campione	Numero pagamenti controllati/Numero pagamenti totali	100%

Tab. 69: Misura di prevenzione N.9: Gestione del whistleblowing

Misura di prevenzione N.9: Gestione delle segnalazioni		
Denominazione misura	Gestione delle segnalazioni	
Descrizione misura	Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema adottato	
Tipologia Misura	Specifica	
Responsabile dell'implementazione della misura	Responsabile PCT	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Verifica dell'attuazione delle procedure interne	Esito controlli	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifiche annuali	30/11/2024,31/12/2025 e 2026	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Verifiche di tutte le segnalazioni pervenute	Numero segnalazioni controllate/Numero segnalazioni totali	100%

Tab. 70: Misura di prevenzione N.10: Pantouflage

Misura di prevenzione N.10: Pantouflage		
Denominazione misura	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage)	
Descrizione misura	Adozione disposizioni inerenti attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	GRU/RPCT	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Inserimento Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2024 con specifica clausola inerente	Addendum contratti in essere	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2024 con specifica clausola inerente Pantouflage	30/02/2024	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2024 con specifica clausola inerente Pantouflage	Si/No	100%

Tab. 71: Misura di prevenzione N.11: Misure di digitalizzazione

<i>Misura di prevenzione N.11: Misure di digitalizzazione</i>	
<i>Denominazione misura</i>	Digitalizzazione dei processi finalizzata alla semplificazione delle procedure.

Descrizione misura	Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	Responsabile Tecnologie Informatiche	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio dell'attuazione della misura	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	30/10/2024	
Monitoraggio dell'attuazione della misura	30/12/2024,2025 e 2026	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	Si/No	30% dei processi mappati
Report di monitoraggio	Si/No	

Tab. 72: Misura di prevenzione N.12: Mappatura dei processi

Misura di prevenzione N.12: Mappatura dei processi		
Denominazione misura	Completamento mappatura dei processi inerenti le aree di rischio	
Descrizione misura	Completamento mappatura dei processi inerenti le aree di rischio	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Mappatura dei processi interni all'Ufficio	Rappresentazione schematica dei processi individuati	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio dell'attuazione della misura	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Analisi e rappresentazione schematica dei processi interni agli Uffici	30/1/2024	
Monitoraggio dell'attuazione della misura	30/11/2024,31/12/25 e 26	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Rappresentazione schematica dei processi individuati	Si/No	90%
Report di monitoraggio	Si/No	100%

3.1.33 Ulteriori obiettivi schede

Tab. 73: Ulteriori obiettivi

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Fonti e dati	Soggetti competenti
Prevenzione corruzione	Gare sotto-soglia	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (Per valore economico)	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 5%	Adempimenti legge 190/2012	Serv. Provveditorato
							Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio
							Serv. Tecnologie Sanitarie
							Serv. Informatico
							Serv. Economato
							Dir. Amm. PP.OO.
Prevenzione corruzione	Gare sotto-soglia	Acquisti di beni infungibili/Esclusivi/sul totale degli acquisti (per quantità e valore economico)	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 5%	Adempimenti legge 190/2012	Serv. Provveditorato
							Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio
							Serv. Tecnologie Sanitarie
							Serv. Informatico
							Serv. Economato
							Dir. Amm. PP.OO.
Prevenzione corruzione	Gare sotto-soglia	Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 8%	Percentuale inferiore 5%	Adempimenti legge 190/2012	Serv. Provveditorato
							Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio
							Serv. Tecnologie Sanitarie
							Serv. Informatico
							Serv. Economato
							Dir. Amm. PP.OO.
Prevenzione corruzione	Gare sotto-soglia	Percentuale di gare con un'unica offerta valida	Percentuale inferiore 40%	Percentuale inferiore 30%	Percentuale inferiore 25%	Adempimenti legge 190/2012	Serv. Provveditorato
							Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio
							Serv. Tecnologie Sanitarie
							Serv. Informatico
							Serv. Economato
							Dir. Amm. PP.OO.
Prevenzione corruzione	Gare sotto-soglia	N. di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa sul numero di acquisti totali	Percentuale superiore 90%	Percentuale superiore 90%	Percentuale superiore 95%	Adempimenti legge 190/2012	Serv. Provveditorato
							Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio
							Serv. Tecnologie Sanitarie
							Serv. Informatico
							Serv. Economato
							Dir. Amm. PP.OO.
Prevenzione corruzione	Pagamenti/Liquidazione	N. di pagamenti effettuati in ritardo rispetto ai tempi contrattualmente previsti	Percentuale inferiore al 10%	Percentuale inferiore al 5%	Percentuale inferiore al 5%		Servizio Controllo Centri accreditati
							Tutti i servizi aziendali
Prevenzione corruzione	Fatturazione	Percentuale di fatture registrate in contabilità non corrette	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 8%	Percentuale inferiore 5%		Servizio Economico Finanziario
Prevenzione corruzione	Commissioni di Gara /Concorsi	N. di componenti di commissione esame. Presenti in oltre il 20% delle commissioni di gara e/o concorsi per l'anno in corso	Percentuale inferiore 20%	Percentuale inferiore 15%	Percentuale inferiore 10%		Servizio Gestione Risorse Umane
							Servizio Provveditorato
Prevenzione corruzione	Commissioni di Gara /Concorsi	Percentuali di Autocertificazione per conflitti di interesse/N. componenti commissioni	Percentuale 100%	Percentuale 100%	Percentuale 100%		Servizio Gestione Risorse Umane
							Servizio Provveditorato
Prevenzione corruzione	Liste di Attesa/Attività Alpi	N. di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali	Percentuale inferiore 40%	Percentuale inferiore 40%	Percentuale inferiore 40%		Servizio Gestione Risorse Umane
							Servizio Provveditorato
Prevenzione corruzione	Verifica e controllo della gestione delle attività conseguenti al decesso in	Report su Controllo sistematico delle attività conseguenti al decesso al fine di uniformare i	100% verifiche Reports su verifiche	100% verifiche Reports su verifiche	100% verifiche Reports su verifiche	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2023 -	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile

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

3.1.34 Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza

Stesura della mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, con individuazione delle strutture responsabili all'aggiornamento e successivo monitoraggio obblighi trasparenza.

Migrazione dati nel nuovo sito istituzionale e alimentazione e aggiornamento "area della trasparenza" del sito aziendale. Relazione rendiconto di attuazione del Piano riferita all'anno e trasmissione alla Direzione.

3.1.35 Schede Trasparenza (1-12)

Tab. 74: Schede di Trasparenza 1-2

Area strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2024-25-26	Fonte dati	Soggetti competenti
1.Trasparenza	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati	100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza	Sito aziendale Responsabile Trasparenza Documento di attestazione trasparenza OIV	Dirigenti delle UU.OO.
2.Trasparenza	Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale	Organizzazione della giornata della trasparenza		Sito aziendale Responsabile della Trasparenza	Dirigenti delle UU.OO.

Tab. 75: Schede di Trasparenza 3-12

Area Tematica	Obiettivo 2024-25-26	Servizio competente	Tempi attuazione
3- Monitoraggio per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
4-Sistemi per contare gli accessi alla sezione	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
5-Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
6-Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagineweb nell'ambito della sezione	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
7-Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
8-Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate per raccogliere i giudizi	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
9-Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
10-Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
11-Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale
12-Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini	100%	Servizio Trasparenza	Trimestrale

Coerenza con le norme della Privacy (GDPR)

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

3.1.36 Schede Obiettivi Privacy (1-7)

Tab. 76: Schede Privacy 1-4

Area Tematica	Obiettivo 2024	Indicatore	Tempi di attuazione	Verifica
<i>Individuazione dei dipendenti e dei singoli operatori anche non titolari di contratto di lavoro/incarico (a titolo esemplificativo : frequentatori volontari, borsisti, stagisti, specializzandi, tirocinanti ecc..) afferenti alla propria Struttura , quali Autorizzati al trattamento dei dati .</i>	100%	<i>Numero istruzioni consegnate /Numero dipendenti _collaboratori autorizzati assegnati alla Struttura</i>	Tempestivo	Semestrale
<i>Verifica e monitoraggio circa l'espletamento, da parte di tutti i dipendenti, del corso privacy obbligatorio</i>	100%	<i>Numero dipendenti collaboratori che hanno effettuato la formazione privacy obbligatoria/Numero dipendenti _collaboratori assegnati alla Struttura</i>	Tempestivo	Semestrale
<i>Corretta attuazione della procedura di Nomina del responsabile esterno del trattamento dei dati (ex art. 28 Reg. UE 679/2016) di cui alla Delibera n. 1053 dell'11.07.2022</i>	100%	<i>Numero Atti di Nomina ex art. 28 Reg. UE 679/2016/ Numero di affidamenti aventi ad oggetto trattamento dati</i>	Tempestivo	Semestrale
<i>Corretta attuazione delle disposizioni aziendali in materia di pubblicazione degli atti (rispetto delle norme sulla privacy)</i>	100%	<i>Verifiche a campione degli atti di competenza Dirigenziale.</i>	Tempestivo	Semestrale

3.1.37 Obiettivi LEA. Sistema di garanzia

Con l'aggiornamento dei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) , è stato ritenuto inoltre necessario adeguare il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000 per la verifica dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata, mediante il Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 per il monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini dell'ASL Caserta ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Il sistema di garanzia di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000 si configura come un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni, comprese le regioni a statuto speciale, e le Province autonome di Trento e Bolzano. Il sistema ha la finalità prioritaria di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle suddette amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare quali:

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

Il sistema di garanzia di cui al già menzionato decreto si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che riguardano più livelli di assistenza. Come previsto dall'art. 9, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 56/2000 l'insieme contiene gli indicatori in relazione ad attributi rilevanti, clinici e organizzativi, che caratterizzano i processi assistenziali, declinandoli secondo le dimensioni di cui all'art. 1, comma 2, del presente decreto e considerando i bisogni di salute rilevati o stimati della popolazione. Per l'anno 2020 si è ritenuto sufficiente il monitoraggio di 22 indicatori, i quali sono definiti "CORE" (i restanti 66 indicatori vengono definiti "NO CORE", all'interno dei quali si trovano 10 indicatori dedicati ai PDTA). Per ciascun indicatore CORE è definita una funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcoli un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia dell'indicatore. La funzione di valorizzazione è elaborata per ciascun indicatore per esaltare o penalizzare alcuni intervalli di valori assunti dall'indicatore e per definire una zona di valori obiettivo a cui attribuire il punteggio massimo. In ogni caso, il fine principale dell'utilizzo

delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori, essendo tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza. Il punteggio complessivo dell'area di assistenza è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori *CORE* dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è espresso in un punteggio compreso tra 0 e 100.

Tab. 77: Indicatori NSG – Distrettuali /Prevenzione e Distrettuale/Ospedalieri

Codice obiet	Nome Obiettivo	Algoritmo di calcolo metrica	Metrica	Pe so	Soglia Aziendale	2023	2024	Range	Note	Soglia base	Target
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Range in aumento	Percentuale	5	92%	95,62	>95 %	range tra 92 e 95	<92 =0	92	95
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Range in aumento	Percentuale	5	92%	95,90	>95 %	range tra 92 e 95	<92=0	92	95
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Range in aumento	Percentuale	5	70	>95	>95	Range tra 70 e 95	<70=0	70	95
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Range in aumento	Percentuale	5	80	98,3	>95	Range tra 80 e 95	<80=0	80	95
P06C	Vaccinazione antinfluenza .Copertura vaccinale over 65 anni	Range in aumento	Percentuale	5	51,9% (storico)	51,89%	>65 %	Range 51,9 e 65%	<51,9=0	51,89	65
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervic uterina	Range in aumento	Percentuale	5	20	29,86	>25 %	% Variabile per MacroStr.	<20=0	20	25
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Range in aumento	Percentuale	8	15	38,16	>35 %	% Variabile per MacroStr.	<15=0	15	35
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon	Range in aumento	Percentuale	10	20	23,42	>25 %	% Variabile per MacroStr.	<20=0	20	25
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Range in diminuzione	Percentuale		Distribuzione nazionale anno 2022			IN INGRESSO 2024	Inserito in corso di anno	Non sarà attivato dal 1 Genn 2024	
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico.	Range in diminuzione	Percentuale		Distribuzione nazionale anno 2022			IN INGRESSO 2024	Inserito in corso di anno	Non sarà attivato dal 1 Genn 2024	
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia	Range in diminuzione	Assoluto	2	113	112,82	43 casi	Range tra 113 e 60	>113 =0	113	60

	cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco										
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Range in diminuz	Assoluto	2	10	21,32	1 caso	Range tra 10 e 5	>10=0	10	5
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	on/off	Assoluto	2	21:00	20,00	<21	<21=0	area coord 118		<21 minuti
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Range in aumento	Percentuale	4	60	80,26	>85 %	Range tra 60 e 85%	<60=0	60	85
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici	Range in diminuz	Assoluto	4	6.500	6.500	<6.500	Range tra 6499 e 7701	>7701=0	7000	6500
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-2-3)	Range in aumento	Percentuale	5		62	>60	Range 60 e 75	<60=0	60	75
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura pazienti over 65 (CIA 1-2-3)	Range in aumento	Percentuale	2		3,6%	>6 %			4	6
D27Z	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	On/off	Percentuale	5	6,9	6,89	<6,9		>6,9=0	7,2	6,9
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Range in aumento	Assoluto	2	35	14,98	19,96	Range tra 15 e 35	<15=0	15	35
D33Z	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	Range in aumento	Assoluto	2	24,6	0,67	3,00	Range tra 3 e 15	<3=0	3	15
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	Range in diminuz	Assoluto	2	storico	108,30	<100	IN USCITA 2023	solo 2023	Non attivo nel 2023	
H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	on/off	Assoluto	3	70	72,15	>140		<140=0		140
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella							IN INGRESSO 2024	Inserito in corso di anno	Non sarà attivato dal 1 Genn 2024	
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG	Range in diminuz	Assoluto	2	0,18	0,07	x < 0,18			0,18	0,13

	non a rischio di inappropriata in regime ordinario										
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Range in aumento	Assoluto	3	70	88,32	96,64			70	80
H08Zb	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Range in diminuz	Percentuale		5%		x < 5%	IN INGRESSO 2023	Inserito in corso di anno	Sarà inserito in corso di anno	
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Range in aumento	Percentuale	5	60	82,92%	100,00			65	80
H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	Range in diminuz	Percentuale	5	20	19,14%	10,87			32	20
H18C	% di Parti cesarei primari in strutture 1.000 parti e oltre all'anno	Range in diminuz	Percentuale		25	30,27%	17,82			Non attivabile nel pubblico	
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Range in diminuzione			Distribuzione nazionale anno 2022			IN INGRESSO 2024	Inserito in corso di anno	Sarà inserito nel corso del 2024	
DSPE	Incremento attività specialistica ambulatoriale	Range in aumento	Assoluto	4	1.324.321	1.814.058	>5 %	Range tra 1904761 e 1814058	<1814058=0		>5%
DCCA	Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati, Case di Cura e Riabilitazione	Manuale	Assoluto	4	Rispetto del 100% della Check List		100 %				
DCCC	Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 3 patologie croniche	Range in aumento	Assoluto	4	15.010	15.010	>10 %				>10%
HFSE	% Referti firmati digitalmente (SDO, Scheda PS, Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	Range in aumento	Percentuale	5	94,68%	>95%	>95 %	range tra 92 e 95	<92%=0	92	95
DFSE	% Referti firmati digitalmente (Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	Range in aumento	Percentuale	5	storico	>95%	>95 %			92	95
PRIV	Adempimenti Privacy	Manuale	Assoluto	4	Rispetto del 100% degli indicatori	100	100 %		Verrà assegnato in modalità on/off ma non è valutabile tramite indicatore numerici		
ANTC	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto	5	Rispetto del 100% degli indicatori	100	100 %				
DCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/off	Percentuale	4	90% (esclusi ordini < 30 gg)	88%	>90 %				90
HCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/off	Percentuale	4	90% (esclusi ordini < 30 gg)	89%	>90 %				90
DDFA	Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici	Manuale	Percentuale	3	Attivazione		100 %				

P03C	Incremento vaccinazione antipneumococcica	Range in aumento	Assoluto	3	22.930	22.930	>5 %	Range tra 22.930 e 24077			>5%
P05C	Incremento vaccinazione HPV	Range in aumento	Assoluto	3	10.467	10.407	>5 %	Range tra 10467 e 10990			>5%
HROR	Ricoveri ordinari	Range in aumento	Assoluto	2	17562	17979	>2 % 2023				>2%
HGDG	giornate di degenza	Range in aumento	Assoluto	2	41860	118357	>2 % 2022				>2%
HMD G	degenza media	Range in diminuzione	Assoluto	4	6,4	6,58	< 2% 2023				<2%
HPM O	peso medio ricoveri ordinari	Range in aumento	Assoluto	4	1,1	1,09	>1,2				>1,2
HICM	indice di occupazione media	Range in aumento	Percentuale	4	> 65%	62,8	>2 % 2023				>2%
HRDH	ricoveri in DH	Range in aumento	Assoluto	4	7306	7408	2023				2023
HDDH	DH Diagnostici	Range in diminuzione	Assoluto	3	25	25	<2 % 2023				<2%
HMD H	DH Medici (accessi)	Range in diminuzione	Assoluto	2	5242	5242	< 5% 2023				<5%
HSDO	Chiusura SDO in 72h	Range in aumento	Percentuale	8	>80%	80%	80 % dell e cart elle sen za isto logi ci				
HDPO	Degenza pre-operatoria	Range in diminuzione	Assoluto	3	0,36	0,36	ugu ale 2023				2023
HROS	% Ricoveri oltre soglia	Range in diminuzione	Percentuale	2	4%	3,58%	-1%				<1%
HRIC	% Ricoveri chirurgici	Range in aumento	Percentuale	5	37,90%	57,86%	> 5%				>2%
HAIC	Governo delle liste di attesa interventi chirurgici	Range in aumento	Percentuale	5	100%	80%	100 %				
HSTR	Incremento attività Stroke Unit	Range in aumento	Percentuale	2	100%	23 casi Aversa	100 %				>5%
HWEE	Attivazione week surgery/Incremento attività	Range in aumento	Percentuale	5	100%	4 Casi S Mar CV	100 %				>5%
HPAC	Attivazione/Incrementare i PACC	Range in aumento	Percentuale	4	storico	313 cartelle	>20 % (o attivazione)				>20%
HRXE	Incremento attività radiologica esterna	Range in aumento	Percentuale	10	storico	100 S Mar CV	>10 % 2023				>10%
HFDI	Distribuzione farmaci in dimissione	on/off	Percentuale	5	storico	>50%	>50 % dell e dim issi				50%

							oni con ter api a				
HMRC	DRG Medico in Reparto Chirurgico - DRG Medici/N. dimessi rep. Chirurgici - rif < 25%	Range in diminuzione	Percentuale		12,70%	12,73%	<10 % 202 3				<10%

ASL Caserta - Codice 203



Assistenza Ospedaliera

Overview azienda



Overview strutture

Struttura	Posti letto DO	Posti letto DH + HS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
P.O. San Giuseppe e Melorio	25	0	87%		21,77	7,73	1,07	4,47	1,42
P.O. San Rocco	91	7	48%	87%	41,76	5,52	0,95	3,06	0,85
P.O. S.G.Moscato Aversa	156	30	74%	98%	115,21	5,44	1,11	4,37	0,98
P.O. Maddaloni	51	13	34%	168%	17,37	9,74	1,53	6,64	1,17
P.O. Mariglianise	83	13	68%	68%	56,99	5,52	0,94	2,91	0,66
P.O. San Felice a Cancelli	18	11	84%	34%	15,08	24,68		23,99	
P.O. Piedimonte Matese	86	17	71%	38%	61,04	5,92	1,12	3,14	0,91
Totale ASL Caserta	510	91	66%	83%	329,22	6,03	1,08	4,86	0,91

Fig.76: Assistenza ospedaliera-Dati Soresa I Sem 2023

P.O. San Rocco – Cod. Struttura 150010

Reparto	Posti letto DO	Posti letto DH + DS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
(08) Cardiologia 01	6	0	60%		3,00	5,98	1,00	3,00	2,12
(09) Chirurgia generale 01	14	1	17%	210%	2,32	3,22	1,11	3,24	0,89
(26) Medicina generale 01	10	0	184%		13,35	10,25	0,98		
(31) Nido 01	8	0	20%		1,52	3,27	1,69		
(36) Ortopedia e traumatologia 01	6	1	72%	127%	4,26	5,99	0,93	2,17	0,79
(37) Ostetricia e ginecologia 01	18	0	28%		4,06	3,27	0,98	3,71	0,64
(39) Pediatria 01	10	0	24%		2,39	3,36	0,79		
(40) Psichiatria 01	10	0	68%		5,46	6,02	1,02		
(49) Terapia Intensiva 01	7	1	43%		2,99	6,74	2,15		
(50) Unità coronarica 01	3	0	81%		1,80	4,21	1,31		
(54) Oncologia 01	1	4		68%					

Il tasso di occupazione in DO, i PL equivalenti e la degenza media non in elezione sono calcolati sulla base delle giornate effettive di degenza, tenendo quindi conto dei trasferimenti tra reparti.

Legenda						
Posti letto attivi (HSP22bis)	Valore da attenzionare	X	Tasso di occupazione	0-60%	60-75%	75-100%
						>100%
						Dati non disponibili

Fig.77 : Assistenza Ospedaliera PO San Rocco-Sessa Aurunca -Dati Soresa I Sem 2023

P.O. S.G. Moscati Aversa – Cod. Struttura 150013

Reparto	Posti letto DO	Posti letto DH + DS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
(08) Cardiologia 01	14	0	81%		8,46	3,77	1,11	2,85	1,27
(09) Chirurgia generale 01	7	1	82%	148%	6,38	4,16	1,13	3,36	0,96
(09) Chirurgia generale 03		0							
(18) Ematologia 01	14	4	83%	87%	11,52	14,58	1,50	13,17	0,99
(26) Medicina generale 01	24	2	94%		22,48	8,99	1,00		
(31) Nido 01	15	0	26%		3,73	2,97	0,00		
(32) Neurologia 01	5	0	96%		4,91	5,45	1,11	10,00	0,93
(32) Neurologia 02	1	0	17%		0,20	4,11	1,00		
(34) Ocultistica 01		0		434%					
(36) Ortopedia e traumatologia 01	16	2	83%	180%	13,19	3,78	1,01	2,55	1,01
(37) Ostetricia e ginecologia 01	10	4	80%	74%	8,07	3,48	0,99	3,63	0,74
(38) Otorinolaringoiatria 01	2	3	23%	20%	0,44	4,82	0,80		
(39) Pediatria 01	11	2	48%	2%	5,19	3,50	0,55		
(40) Psichiatria 01	10	0	77%		7,57	9,06	1,01		
(49) Terapia Intensiva 01	7	1	78%	124%	5,50	9,99	2,06		
(50) Unità coronarica 01	6	0	91%		5,38	3,11	0,98		
(58) Gastroenterologia 01	8	2	98%	1%	7,76	10,40	1,15	3,50	0,74
(58) Gastroenterologia 02		0		6%					
(62) Neonatologia 01	6	0	67%		3,36	7,49	1,88		
(64) Oncologia 01		0		71%					

Fig.78 : Assistenza Ospedaliera PO Moscati Aversa -Dati Soresa I Sem 2023

P.O. San Giuseppe e Melorio – Cod. Struttura 150044

Reparto	Posti letto DO	Posti letto DH + DS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
(08) Cardiologia 01	5	0	81%		3,00	3,98	1,25	3,05	1,60
(09) Chirurgia generale 01	0	0			0,04	3,50	1,00	3,50	0,55
(26) Medicina generale 01	20	0	86%		16,98	11,52	0,94	8,50	0,85
(29) Nefrologia 01	0	0							
(50) Unità coronarica 02	0	0							

Il tasso di occupazione in DO, i PL equivalenti e la degenza media non in elezione sono calcolati sulla base delle giornate effettive di degenza, tenendo quindi conto dei trasferimenti tra reparti.

Legenda

Posti letto attivi (HSP22bis)

Valore da attenzionare

X

Tasso di occupazione

0-50%

60-75%

75-100%

>100%

Dati non disponibili

Fig.79 : Assistenza Ospedaliera PO Melorio S Maria CV -Dati Soresa I Sem 2023

Fig.80 : Assistenza Ospedaliera PO Marcianise e Piedimonte Matese -Dati Soresa I Sem 2023

P.O. Marcianise – Cod. Struttura 150438

Reparto	Posti letto DO	Posti letto DH + DS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
(08) Cardiologia 01	11	1	84%		8,80	9,26	0,95		
(09) Chirurgia generale 01	10	2	68%	183%	5,53	4,50	1,12	1,67	0,79
(09) Chirurgia generale 03	4	2	26%	46%	0,99	2,03	1,26	2,07	0,76
(09) Chirurgia generale 04	0	2		28%					
(26) Medicina generale 01	10	1	146%	16%	14,36	9,56	1,08		
(31) Nido 01	18	0	36%		6,07	3,38	1,94		
(37) Ostetricia e ginecologia 01	17	2	63%	166%	8,83	3,76	0,93	3,92	0,54
(39) Pediatria 01	6	0	67%		3,96	3,47	0,69		
(49) Terapia intensiva 01	4	1	61%	17%	2,15	13,17	1,77		
(58) Gastroenterologia 01	3	2	181%	39%	5,71	9,65	1,18		

P.O. Piedimonte Matese – Cod. Struttura 150440

Reparto	Posti letto DO	Posti letto DH + DS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
(08) Cardiologia 01	8	0	62%		4,09	4,24	1,06	2,00	2,31
(09) Chirurgia generale 01	15	4	77%	38%	11,48	5,74	1,15	2,65	0,76
(26) Medicina generale 01	15	0	117%		17,49	9,27	0,97	27,00	1,12
(31) Nido 01	10	0	10%		1,02	2,92	1,00		
(36) Ortopedia e traumatologia 01	18	2	77%	49%	13,80	5,41	1,01	3,42	1,00
(37) Ostetricia e ginecologia 01	6	2	33%	12%	1,93	3,15	0,99		
(39) Pediatria 01	3	0	78%		2,33	3,46	0,92		
(49) Terapia intensiva 01	7	2	78%	33%	5,25	10,14	2,02	6,00	0,90
(50) Unità coronarica 01	4	0	78%		3,10	4,69	1,01		
(64) Oncologia 01	0	7		46%					

P.O. San Felice a Cancellò – Cod. Struttura 150439

Reparto	Posti letto DO	Posti letto DH + DS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Degenza media: elezione	Indice di oase-mix: elezione
(29) Nefrologia D1	0	2		2%					
(56) Recupero e riabilitazione funzionale D1	5	0	114%		5,66	19,00		19,70	
(60) Lungodegenti D1	13	0	72%		9,33	30,16		29,47	
(64) Oncologia D1	0	9		41%					

P.O. Maddaloni – Cod. Struttura 150437

Reparto	Posti letto DO	Posti letto DH + DS	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH + DS	Posti letto equivalenti	Degenza media	Indice di oase-mix	Indice di oase-mix: elezione	IPDM: elezione
(26) Medicina generale D1	12	0	42%		4,96	11,83	0,96	8,63	0,74
(26) Medicina generale D3	5	0	12%		0,57	9,45			
(34) Oculistica D1	0	8		260%					
(38) Otorinolaringoiatria D1	0	4							
(49) Terapia Intensiva D1	6	1	12%	32%	0,70	9,07	1,22	18,00	3,13
(49) Terapia Intensiva D2	5	0	18%		0,87	6,91	1,07		
(68) Pneumologia D1	8	0	46%		3,56	7,32	1,34	5,35	1,19
(68) Pneumologia D3	15	0	44%		6,59	10,94	0,74		

Fig.81 : Assistenza Ospedaliera PO San Felice a C e Maddaloni -Dati Soresa I Sem 2023

Tab. 78: Tabella Punteggio LEA 2021-2023 e Obiettivi 2024/2025 Ospedaliera

Indicatore	Risultato 2021	Risultato 2022	Risultato 2023	Obiettivo 2024	Obiettivo 2025
H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti)	74,94	89	112,92	<160	<160
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	27,7%	51%	72,15%	>70%	>70%
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	0,09	0,09	0,07	<0,18	<0,18
H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	83,52	85%	88,32%	>70%	>70%
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	73,94	72%	83,36%	>60%	>60%
H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	34,69	36%	29,87%(19.14% Pubblico)	<20%	<20%
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	33,9	31%	32,82%	<25%	<25%

Fig. 82: Indicatori NSG aggiornati a Marzo 2023 da So.RE.Sa

Codice indicatore	Descrizione indicatore	Obiettivi	Anno 2021	Anno 2022	Marzo 2022	Marzo 2023
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti.	≤160	94	110	24	25
H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.	≥70%	48%	49%	55%	19%
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	≤0,24	0,09	0,09	0,1	0,1
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.	≥70%	85%	85%	83%	90%
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	≥60%	73%	73%	76%	86%
H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno.	≤20%	35%	37%	36%	35%
H18C	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	≤25%	34%	31%	26%	35%

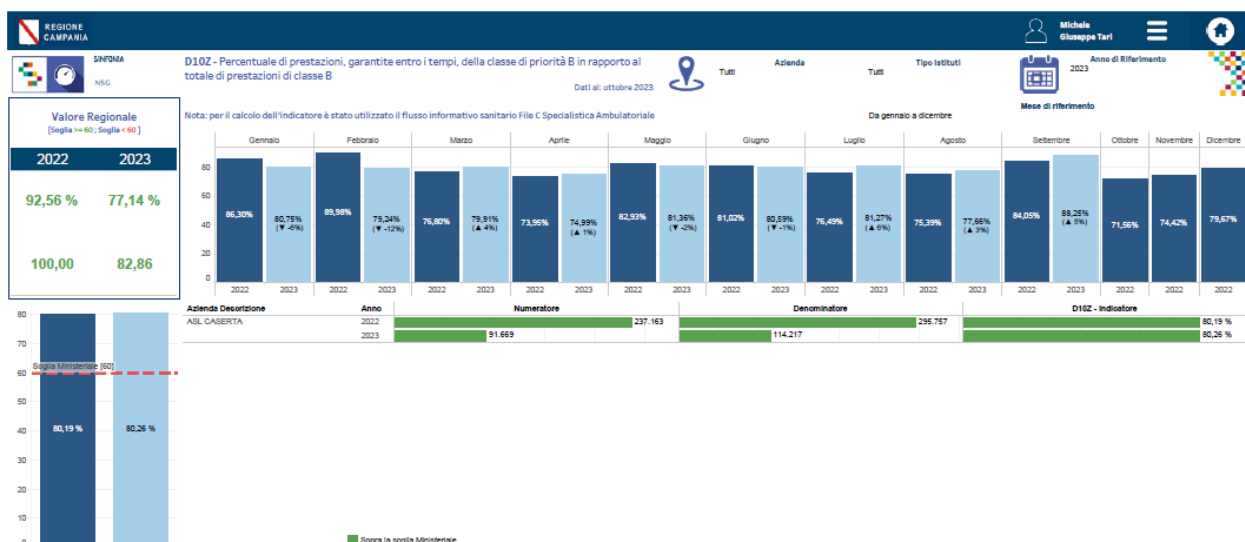
Tab. 79: Punteggio LEA 2021/2023 e obiettivo 2024/2026 Distrettuale

Indicatore	Risultato 2021	Risultato 2022	Risultato 2023	Obiettivo 2024	Obiettivo 2025
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	114	161,3	112,92	<350	<340
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	14	18	21,32	<160	<150
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	26,0 min.	23,2 Minuti	20,00 Minuti	<21 Minuti	<21 Minuti
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	75 %	80 %	80,26%	>60%	>60%
D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	5.196	5.196	5.900	<6.500	<6.500
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	71,43	3,56	2,6	2,6	2,6
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2	94	2,75	1,9	1,9	1,9
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	5,18	2,06	1,5	1,5	1,5
D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	6,6	4,36%	6,89%	<6,9%	<6,9%
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	10%	6%	14,98	>35	>35
D33Z - Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	0,8%	1,2%	0,67	>24,6	>24,6

Fig. 83: Indicatori LEA Distrettuale e Prevenzione – Aggiornamento Marzo 2023 (Fonte Portale So.Re.Sa)

	Codice indicatore	Descrizione indicatore	Obiettivi	Anno 2021	Anno 2022		Marzo 2022	Marzo 2023	
DISTRETTUALE	D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	≤373	114	104	↑	29	32	↓
	D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.	≤176	14	24	↓	6	5	↑
	D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.	≤21'	26'	23'	↑	25'	22'	↑
	D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	≥60%	75%	80%	↑	84%	80%	↓
	D14C *	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.	≤7.263	6.802	7.506	↓	1.947	2.320	↓
	D22Z **	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3).	CIA1 ≥2,6 CIA2 ≥1,9 CIA3 ≥1,5	0,9 1,3 0,6	1,7 2,0 2,8	↑ ↑ ↑	0,4 0,7 1,0		
	D27C	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	≤6,9%	6,6%	7,2%	↓	2,9%	5,0%	↓
	D30Z **	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.	≥35%	6,6%	6,5%	↓	1,5%		
	D33Za *	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziali in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (R1, R2, R3)	≥24,6%	0,8%	1,1%	↑	0,8%	1,1%	↑
PREVENZIONE	Codice indicatore	Descrizione indicatore	Obiettivi	Anno 2021	Anno 2022		Giugno 2022	Giugno 2023	
	P01C ***	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).	≥92%	93%	96%	↑	91%	90%	↓
	P02C ***	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).	≥92%	93%	95%	↑	85%	86%	↑
	P10Z ***	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.	≥70%	97%	99%	↑	28%	15%	↓
	P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	≥80%	100%	98%	↓	32%	26%	↓
	P15Ca ***	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.	≥25%	10%	29%	↑	17%	6%	↑
	P15Cb ***	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	≥35%	20%	25%	↑	21%	8%	↓
	P15Cc ***	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	≥25%	4%	19%	↑	12%	3%	↓

Fig. 84: Indicatore D10Z Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale delle prestazioni di classe B



Tab. 80: Punteggio LEA 2021/2022/2023 e obiettivo 2024/2025 Prevenzione

Indicatore	Risultato 2021	Risultato 2022	Risultato 2023	Obiettivo 2024	Obiettivo 2025
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,54	95,60%	95,62%	>95%	>95%
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	93,99	95,34%	95,90%	>95%	>95%
P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	100	100%	100%	>70%	>70%
P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100	100%	97%	>80%	>80%
P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	0		<40	<40	<40
P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato mammella	19,39	36,62%	62	>60	>60
P15C a - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	10,93	34,36 %	29,86%	> 25%	>25%
P15C b - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	4,55	27,74%	23,42%	>25%	>25%
P15C c - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella		28,36%	38,16%	>35%	>35%

Tab. 81: Dettaglio obiettivi Area Veterinaria

ID	Indicatore	Significato	Indicatore
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	Valutazione complessiva del livello basilare di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico	BRUCELLOSI ANIMALI (BOVINI-BUFALINI-OVICAPRINI) Numero totale aziende controllate/numero di aziende controllabili
			TUBERCOLOSI ANIMALI (BOVINI-BUFALINI) Numero totale aziende controllate/numero di aziende controllabili
			TEST BSE SU BOVINI E BUFALINI MORTI % Test su numero animali morti
			TEST TSE SU OVINI E CAPRINI MORTI % Test su numero animali morti
			PIANO SORVEGLIANZA SALMONELLOSI NEGLI ANIMALI Gruppi animali sottoposti a campionamento Salmonella rispetto al numero di gruppi di animali da campionare
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentari per il cittadino.	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminati negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino attraverso: a) la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento; b) il controllo sulla commercializzazione e l'uso del farmaco veterinario; c) il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.	ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende bovine e bufaline controllate in anagrafe rispetto ai 3% previsto dal Reg. 2022/160 (che abroga il Reg. 1082/2003)
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende ovicaprine controllate in anagrafe rispetto al 3% previsto dal Reg. 2022/160 (che abroga il Reg. 1505/2006)
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale di capi ovicaprina controllati in anagrafe rispetto al 5% previsto
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende suine controllate in anagrafe rispetto al 1% previsto dal Dlg 200/2010
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende apiari controllate in anagrafe rispetto ai 1% previsto dal DM 11 agosto 2014
			Esecuzione del piano nazionale alimentazione animale

ID	Indicatore	Significato	Indicatore
			Controlli di farmacosorveglianza veterinaria

Fig. 85 Indicatore P15C – Percentuale di persone che hanno effettuato test di screening -Confronto 2022 -2023



3.1.38 Obiettivi distrettuali

Orientamenti/Trend di riferimento per l'anno budget (2024-2026) - Ob_Dis_2024-2026

Tab. 82: Dettaglio obiettivi Distretti 2024-2026

Indicatori di risultato	2019	2020	2021	2022	Pe so	2022	2023	Ob 2024	Ob 2025
1-Vaccinazione esavalente	95,65	94,34	94,54	>95%	5	96%	95,62%	>95%	>95
2-Vaccinazione MPR	94,76	>92	93,99	>92%	5	95,3%	95,90%	>95%	>95
3-Vaccinazione antinfl				>65%	5		51,89%	>65%	>65%
4-Screening Ca della Cervice Uterina	32,48%		10,93%	>25%	5	34,4%	29,86%	> 35%	>40%
5-Screening Ca Mammella	38,00%	18,63%	19,39%	>35%	8	28,4%	38,16%	>32%	>35%
6-Screening Ca del Colon Retto	25,64%	9,94%	4,5%	>25%	10	27,7%	23,42%	>35%	>40%
7-Statistica CIA (D222 – CIA 1)			2,33	2,6	2	3,6	3,31	2,6	2,6
8-Statistica CIA (D222 – CIA 2)			1,94	1,9	2	2,8	1,97	1,9	1,9
9-Statistica CIA (D222 – CIA 3)			2,09	1,5	1	2,1	2,17	1,5	1,5
10-Attività specialistica				100%	4	1.324.321	1.814.058 (+27%)	+2% sul 2023	+2% sul 2024
11-Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)				100%	4	98%	97%	>95%	>95%
12-Copertura % ambulatori della Cronicità			Attivazio ne	20%	8	15%	30%	35%	40%
13.c) -Supporto attività vaccinale Covid-19				Almeno 5 risorse	2	100	100%	100%	100%

Indicatori di risultato	2019	2020	2021	2022	Pe so	2022	2023	Ob 2024	Ob 2025
14-Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati, Case di Cura e Riabilitazione				Rispetto tempistica Delibera Aziendale n.1155 del 17/07/2021	8	100	100%	100%	100%
15-Adempimenti procedure Privacy					5	95	100%	100%	100%
16-Adempimenti procedure Prevenzione della corruzione. Monitoraggio trimestrale degli indicatori di cui al PIAO 203					5	NV	100%	100%	100%
17-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario				>90%	5	90%	90%	95%	95%
18-Attività di controllo sulla spesa farmaceutica convenzionata con controlli MMGG e incremento riunioni UCAD				% DDD Farmaci Sentinella/An tibiotici	5	90%	<6.500 DDD	<6.500 DDD	<6.500 DDD
19-Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e vigilanza sulla corretta attuazione da parte dei MMG sulle classi di priorità				< 5% del 2021	2		<5 % del 2022	<1 % del 2023	= 2023
20-Presa in carico nei nuclei e nei Servizi Territoriali di neuropsichiatria infantile del 100% degli utenti con disturbi dello spettro autistico				100%	10	100	100%	100%	100%

3.1.39 Obiettivi Area dell'Assistenza Ospedaliera

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

Indicatori									
Istituti Pubblici					Anno		Proiezione: variazioni 2023		Proiez. Annuale macro ind.
Indicatore	2020	2021	2022	2023 (gen-dic)	2021	2022			
7.1 Asma pediatrica (n. casi)		2	1		-100%	-100%			-75,00%
Gastroenterite pediatrica (n. casi)	5	1	3	1	0%	-67%			
7.2 BPCO (n. casi)	4	6	17	14	133%	-18%			
Diabete - Compl. a breve termine (n. casi)	15	11	5	4	-64%	-20%			-15,69%
Diabete - Complic. a lungo termine (n. casi)	3	1	2		-100%	-100%			
Scompenso cardiaco (n. casi)	53	52	27	25	-52%	-7%			
15.2 DH Diagnostico (n. casi)	72	70	12	25	-64%	108%			108,33%
15.3 DH Medico (n. accessi)	5073	5244	5077	5597	7%	10%			10,24%
15.9 Ricoveri Ordinari (n. casi)	16076	16912	17030	17689	5%	4%			
Ricoveri Day Hospital (n. casi)	4867	6084	6955	7408	22%	7%			
Rapporto DH/Totale ricoveri									
Rapporto DH diagnostici/Totale Day Hospital					2021 Vs 2023	2022 Vs 2023			Risultato
15.4 DRG Chirurgico (% DRG Chirurgici/Totale DRG (ricoveri Ordinari) - rif. >= 42%	33,7%	36,9%	36,3%	37,9%	▲	▲			✗
15.5 DRG Medico in Reparto Chirurgico - DRG Medici/N. dimessi rep. Chirurgici - rif <25%	22,4%	16,4%	16,0%	12,7%	▼	▼			✓
15.6 Degenza Oltre soglia - Num. Dimessi Ric. Ordinari età >= 65 anni con gg. di degenza oltre soglia (<=5%)	3,4%	3,3%	3,3%	3,6%	▲	▲			✓
Degenza preoperatoria - Num. GG. Degenza prec. l'intervento chirurgico/num. dimessi sottoposti a int. Chirurgico (rif. 1,4gg.)	0,46	0,47	0,49	0,36	▼	▼			✓
16 LEA (DRG alto rischio inappr. / DRG non a rischio) - rif. <= 0,21	0,13	0,13	0,13	0,11	▼	▼			✓
17 % Cesarei Primari (ind. N. casi TC senza TC pregresso / N. casi parto senza TC pregresso) - rif. <= 20%	30,20%	22,74%	23,69%	19,14%	▼	▼			✓
18 % Fratture collo femore (ind. Interv.Fr. Collo femore entro 48ore/ tot. Fr. Collo femore) - rif. >=60%	74,88%	80,62%	77,32%	82,92%	▲	▲			✓
19 % ricoveri con deg. post operatoria < 3gg. Per interv. di colecistectomia laparoscopica (>=70%)	91,14%	83,74%	83,68%	91,16%	▲	▲			✓
CS01 % Ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni di tipo medico	3,07%	3,21%	0,53%	1,10%	▼	▲			
CS02 % Ricoveri ordinari brevi (0-2 gg) di tipo medico sul totale dei ricoveri ordinari medici	26,60%	26,86%	29,44%	31,55%	▲	▲			
CS03 % dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia	18,80%	26,87%	5,80%	12,61%	▼	▲			
CS04 Numero di interventi chirurgici per per tumore mammella	135	125	101	185	▲	▲			

Fig. 86 : Indicatori PPOO Istituti Pubblici Finale 2023

Tab. 83: Dettaglio obiettivi Presidi Ospedalieri 2024-2026

<i>Indicatori di risultato</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>Ob 2022</i>	<i>Peso</i>	<i>Ris. 2022</i>	<i>Ris 2023</i>	<i>Ob 2024</i>	<i>Ob 2025</i>
1-Ricoveri ordinari	8.844	7.937	5.646	6.211	>10%	2	16.919	17.979	=2023	=2023
2-Giornate di degenza	53.051	48.131	39.249	40.384	>10%	2	113.656	118.357	=2023	=2023
3-Degenza media	5,91	5,97	6,80	6,42	-2%	4	6,72	6,58	>6,1	>6,1
4-Peso totale	9.220	9.946	7.361				23.316	24.745,02		
5-Peso medio ricoveri ordinari	1,03	1	1,1	1,18	>2%	4	1,09	1,09	1,18	1,20
6-Indice di occupazione media	79,08	77,65	71,10	69,82	>5%	4	55,72	62,8%	>67%	>70%
7-Ricoveri in day hospital	2.055	1.777	1.261	2.557	>2%	4	6.762	7.408	+1%'23	=2023
8-Ricoveri ripetuti	203	193	94	168	-5%	3		81		
9-Ricoveri per Asma Pediatrica	0	1	0	2	0	3	1	0	0	0
10-Ricoveri per Gastroenterite Pediatrica	3	3	5	1	0	3	3	1	0	0
11-Ricoveri per BPCO	2	2	4	6	0	3	17	14	0	0
12-Ricoveri per Diabete	22	21	18	12	0	3	7	4	0	0
13-Ricoveri per scompenso	95	75	53	52	=2021	4	27	25	0	0
14-DH Diagnostici	344	65	72	70	-10%	3	12	25	0	0
15-DH Medici (accessi)	10.362	9493	5073	5244	-10%	2	5.077	5595	<5000	<5000
16-Chiusura SDO in 72h					>80 %	8		>80%	>70%	>80%
17-Degenza pre-operatoria	0,61	0,47	0,46	0,47	=2020	3	0,49	0,36	<1	<1
18-% Parti cesarei primari	27,48%	26,83%	30,20%	22,74%	20%	10	23,69%	19,26%	<20%	<20%
19-% Ricoveri oltre soglia	1,8%	2,3%	4,3%	4%	-2%	2	3,3%	3,58%	=2023	=2023
20-% Ricoveri chirurgici	35,3%	28,7%	22,4%	16,4%	>10%	5	36,3%	57,86%	>50%	>50%
21-% Frattura femore >65 anni entro 48h	63,50%	74,67%	74,88%	80,62%	>75%	5	77,32%	82,92%	>73%	>75%
22-Governo delle liste di attesa interventi chirurgici					100%	5	100%	100%	100%	100%
23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario					>90%	5	90%	88%	100%	100%
24-Corretti adempimenti del FSE					100%	2	96%	96%	100%	100%
25-Adempimenti privacy					100%	5	90%	100%	100%	100%
26-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio					100%	3	90%	100%	100%	100%
27-Ad Prevenzione della corruzione							NV	100%	100%	100%
28) Ad Mobilità San. Internazionale							NV	100%	100%	100%
29-Trasparente flusso degenti/ospiti e operatori esterni					100%	3	80%	100%	100%	100%
30-Attivare sistemi di informazione quotidiana dei familiari per i propri congiunti					90%	4	90%	90%	90%	90%
31-Attivazione stroke unit					100%	2	NV	23	100%	100%
32-Attivazione week surgery					100%	5	NV	4	100%	100%
33-Attività Hospice-supperto logistico e strutturale					>50% sul 2022	5	100%	100%	100%	100%
34-Attuare protocolli terapeutici uniformi					Almeno 2	4	90%	90%	90%	90%
35-Corretta gestione delle giacenze materiali sanitari					100%	4	75%	100%	100%	100%

Indicatori di risultato	2018	2019	2020	2021	Ob 2022	Peso	Ris. 2022	Ris 2023	Ob 2024	Ob 2025
36-Corretta gestione delle richieste di tamponi e misure di sorveglianza sanitaria					100%	4	100%	100%	100%	100%
37-Incrementare i PACC					+60% sul 2022	4	5%	313	30% sul 2023	20% sul 2024
38-Incremento attività radiologica esterna					>40% sul 2022	10	90%	>40% sul 2022	>45% sul 2022	>50% sul 2022
39-Medicina a bassa intensità - Peso medio					>1.2	5	>1.5	1,55	>1.2	>1.2
40-Terapia sub intensiva-Peso medio					>1.5	10	1,52	1,58	>1.5	>1.5
41-Terapia Intensiva-Peso medio					>3	10	3,53	4,04	>3	>3
42-Monitoraggio Infezioni Ospedaliere (da comunicare indicatori)					100%	3	95%	100%	100%	100%
43-Potenziare la riabilitazione cardiologica					>30% sul 2022	5	80%	100%	100%	100%
44-Ricoveri ordinari urgenti					=2021	8	NV	505	>20% sul 2022	>25% sul 2022
45-Distribuzione farmaci in dimissione						5	NV	50%	> 10% sul 2023	> 5% sul 2024

Fig. 87: Indicatore H04Z– Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e riconvergi attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario –Aggiornamento I Semestre 2023 (Fonte Portale So.Re.Sa)

H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario

Strutture pubbliche

Valore Azienda: 0,08

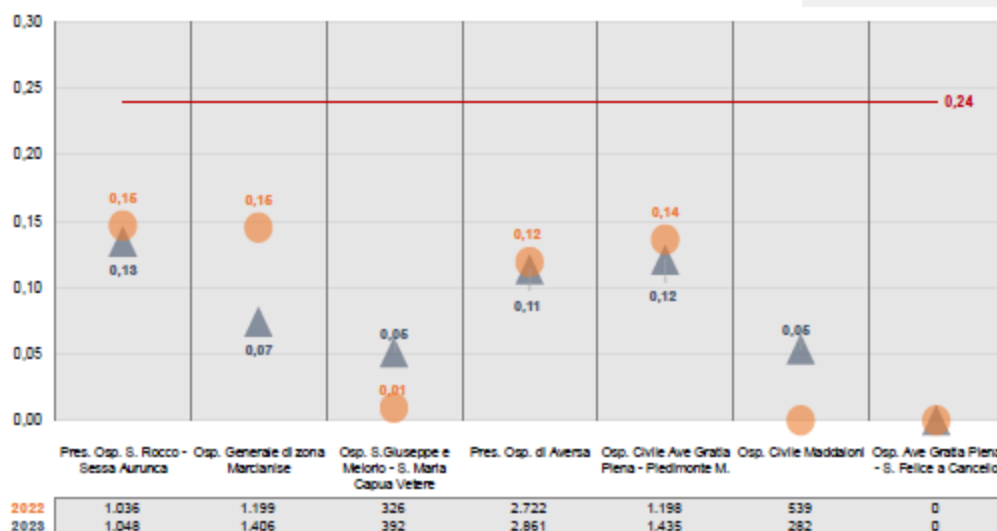


Fig. 88: Indicatore H05Z– Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni –Aggiornamento I Semestre 2022 (Fonte Portale So.Re.Sa)

H05Z – *Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni*

Strutture pubbliche

Valore Azienda: 88,9

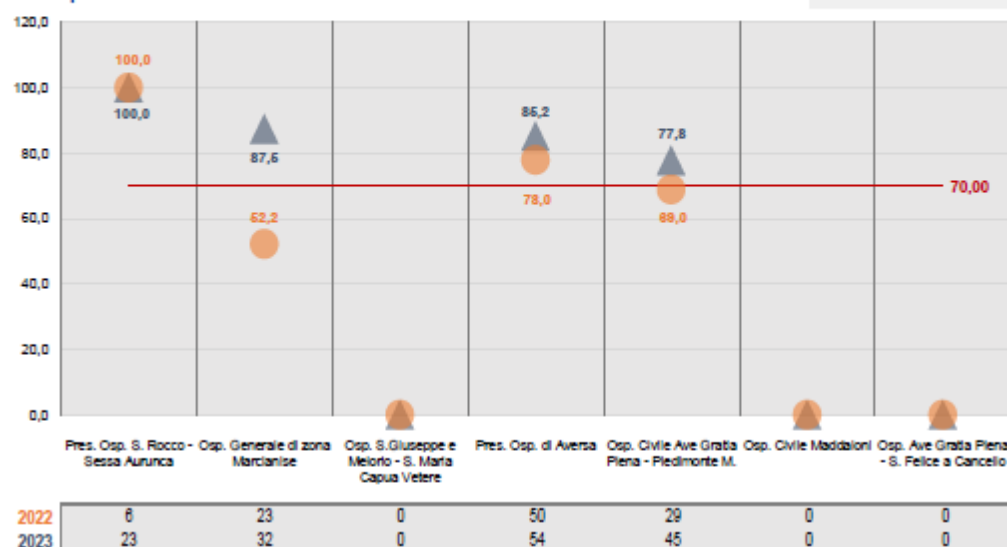
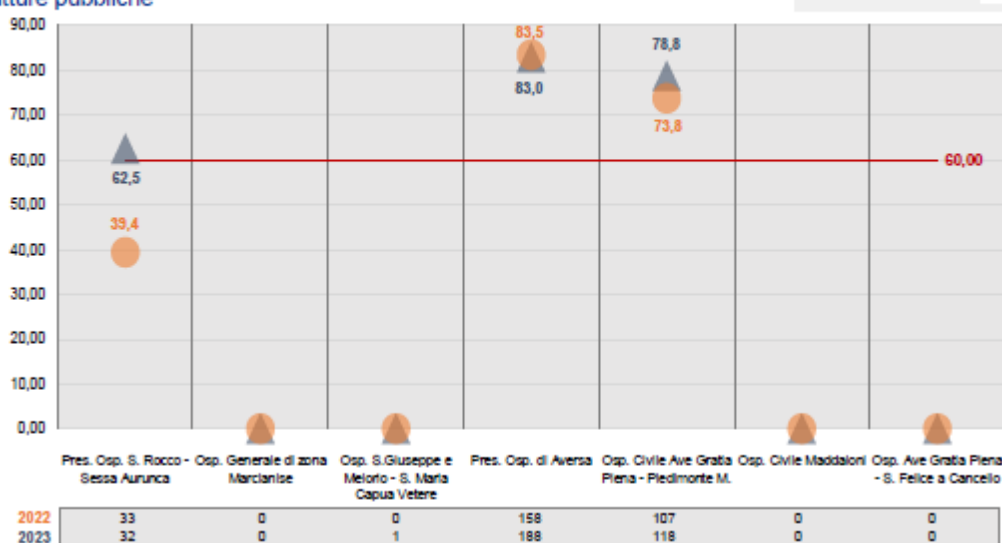


Fig. 89: Indicatore H13C– Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario –Aggiornamento I Semestre 2023 (Fonte Portale So.Re.Sa)

H13C – *% pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario*

Strutture pubbliche

Valore Azienda: 84,3



Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - H13C

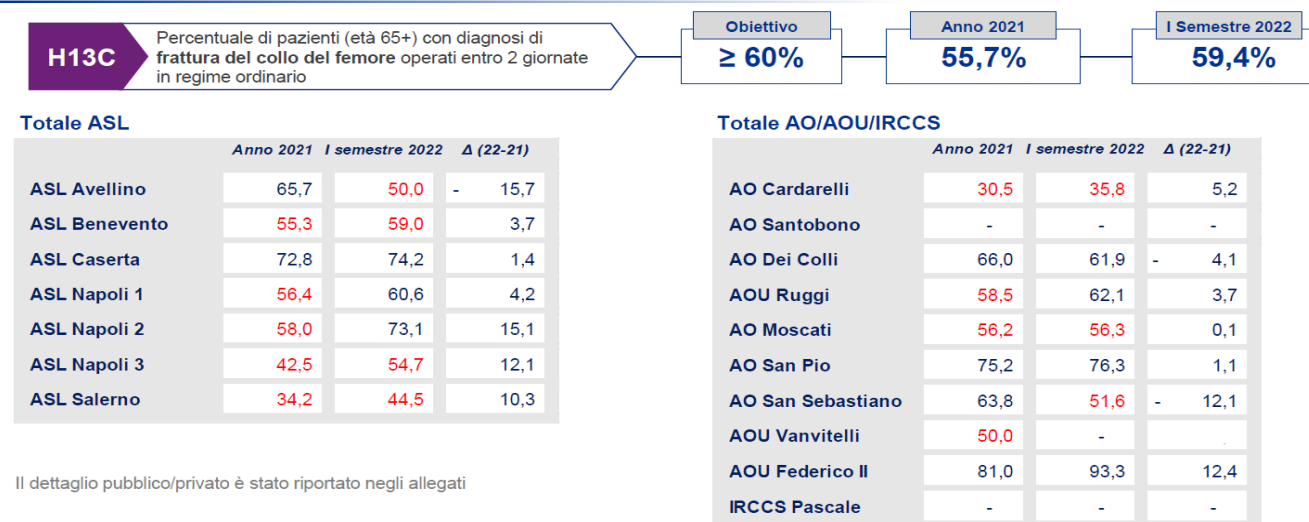


Fig. 90: Indicatore H17C– Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1000 parti/anno–Aggiornamento I Semestre 2023 (Fonte Portale So.Re.Sa)

H17C – % Parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1000 parti/anno

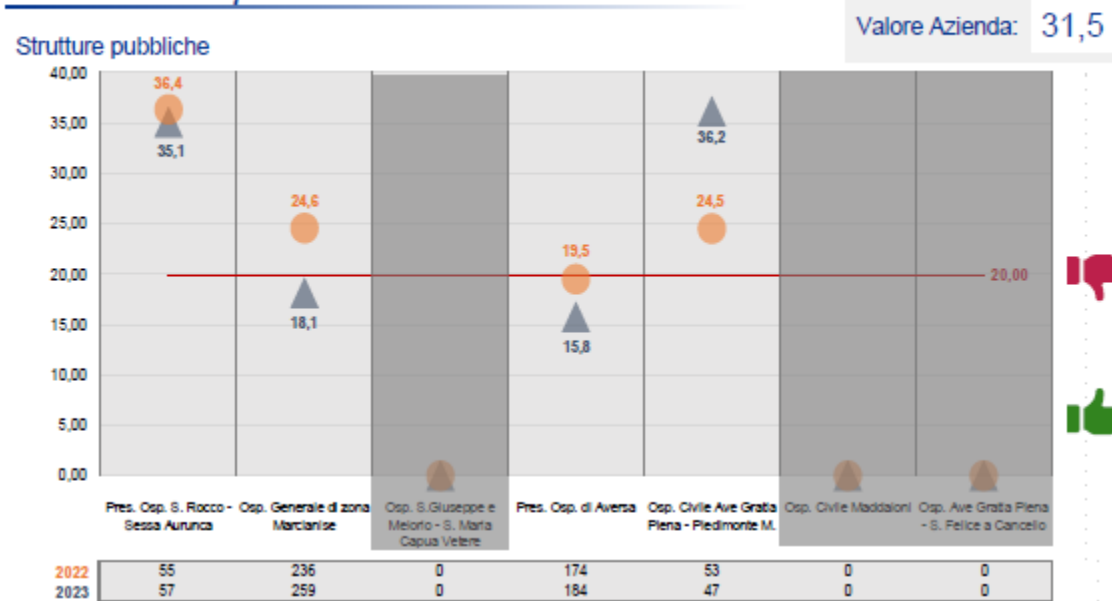


Fig.91 : Indicatore H17C -Percentuale parti cesarei primari (<1000 parti) agg a Giu 2023 (SoReSa)

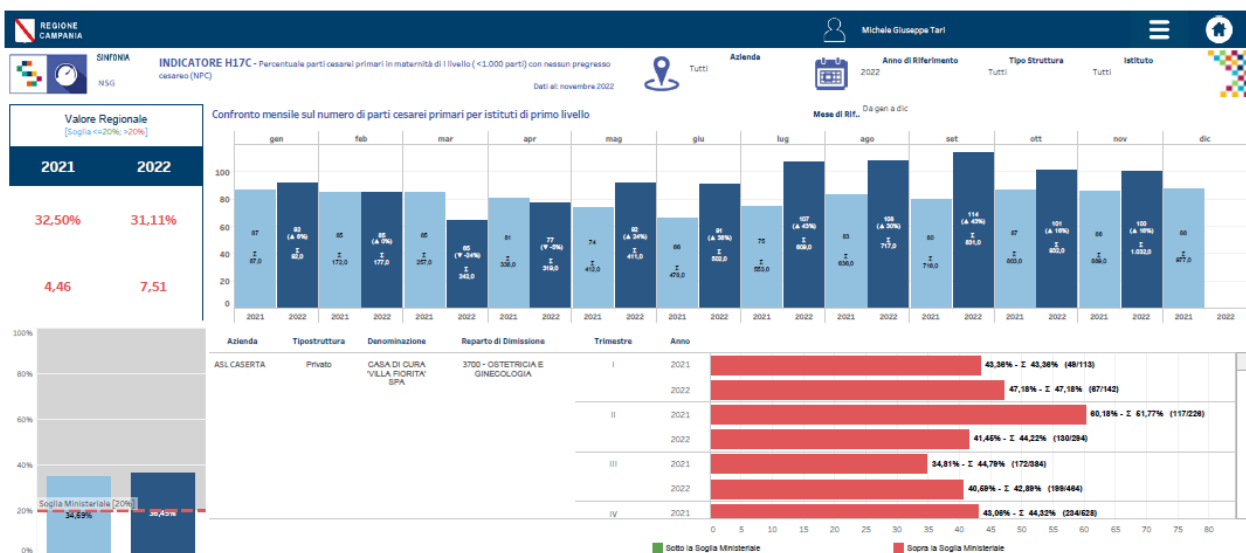
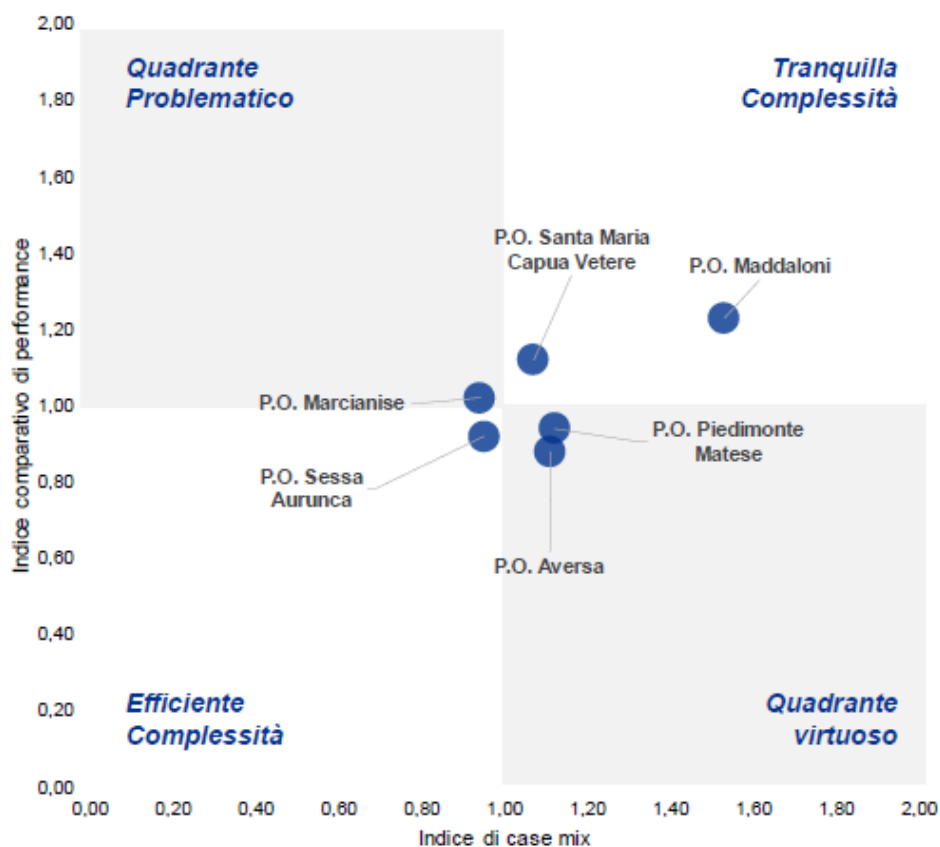


Fig. 92: Indicatori compositi di attività-Presidi ASL Caserta- Aggiornamento I Semestre 2022 (Fonte Portale So.Re.Sa)

Indicatori compositi di attività

Matrice di performance e case-mix

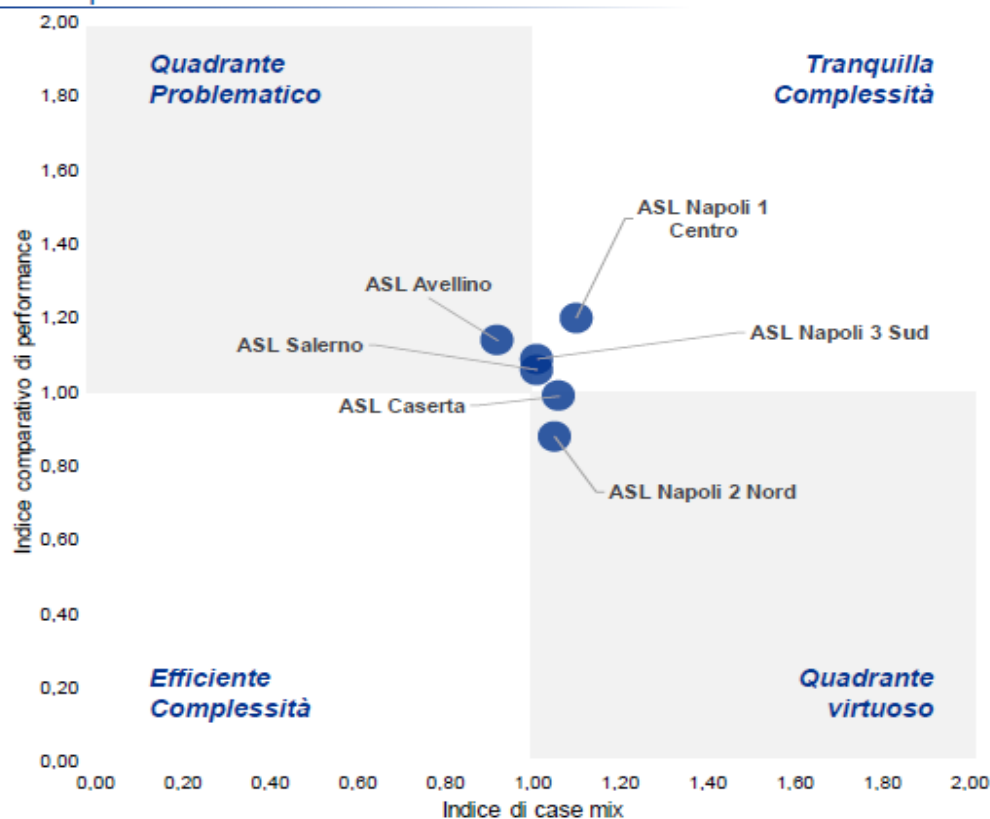


Azienda	Indice di case-mix	Indice comparativo di performance
P.O. Santa Maria Capua Vetere	1,07	1,12
P.O. Sessa Aurunca	0,95	0,92
P.O. Aversa	1,11	0,88
P.O. Maddaloni	1,53	1,23
P.O. Marcianise	0,94	1,02
P.O. Piedimonte Matese	1,12	0,94

Fig. 93: Indicatori compositi di attività – ASL Regione Campania-Fonte SORESA I Sem 2023

Indicatori compositi di Attività

Matrice di performance e case-mix – ASL



Azienda	Indice di case-mix	Indice comparativo di performance
ASL Avellino	0,92	1,14
ASL Caserta	1,06	0,99
ASL Napoli 1 Centro	1,10	1,20
ASL Napoli 2 Nord	1,05	0,88
ASL Napoli 3 Sud	1,01	1,09
ASL Salerno	1,01	1,06

Tab. 83 bis -Obiettivi Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Indicatore di risultato	Scheda Budget/Obiettivi 2023					
	Obiettivo	2022	2023	Peso	Risultato	Valut.
1 - Attuazione piano locale della prevenzione Dipendenze	Ob. 1 -Promozione di programmi e iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche. Attuazione piano locale della prevenzione Dipendenze		22 Istituti/3687 studenti	10	Coinvolti n. 22 Istituti Scolastici secondari con 3.687 studenti(vedi relaz.)	10
2 - Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali	2-Tutela della Salute Pubblica. Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali	23 Pazienti con 250000 euro spesa	18 pazienti con una spesa di euro 162.830,10	10	Ridotti i ricoveri extra Regione da 23 a 18 con un risparmio di euro 87.169,90	10
3 - Tutela della salute dei soggetti in carico - Rilevazione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze	Ob. 3-Tutela della salute dei soggetti in carico - Rilevazione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze		Tutti 439 nuovi utenti hanno effettuato HIV e Hbs-Ag	10	Effettuati inoltre 2.042 prelievi ematici su 2804 utenti- Superata la soglia del 30%	10

4 – Incremento screening HCV e attivazione screening nazionale gratuito per l'eliminazione del Virus come da G.U. 162 dell'8/07/2022	Incremento screening HIV e attivazione screening nazionale gratuito per l'eliminazione del Virus come da G.U. 162 dell'8/07/2022		Su 263 pazienti n. 43 paz. Sono risultati positivi alla HCV RNA	5	Di questi n. 28 si sono negativizzati (65,12%)	5
5 - Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente	Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente	7,95 % rilevazioni sostanze tossic. Urinarie	5,30%	10	Vedi relazione	10
6 - Riduzione frequenza supplementi su assunzione o su affido dei farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, suboxone e sodio oxibato)	Riduzione frequenza supplementi su assunzione o su affido dei farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, suboxone e sodio oxibato)	1,11%	0,89%	10	-19,52%	10
7 - Corretta compilazione e trasmissione tempestiva dei flussi	Assolvimento debiti informativi del Sistema Informativo Dipendenze-Corretta compilazione e trasmissione tempestiva dei flussi	100% nel 2022- Correttamente alimentato il portale SID	i dati di struttura entro il 19/1/2024	5	Vedi relazione	5
8 - Contrasto diffusione virus Sars-Cov.2 in tutte le articolazioni del Dipartimento Dipendenze	Contrasto diffusione virus Sars-Cov.2 in tutte le articolazioni del Dipartimento Dipendenze		Vedi Relazione	5	Acquisita relazione prot. 0013615/DDIP del 12.01.2023	5
9 - Utenti con diagnosi di dipendenza comportamentale- GAP iscritti nella piattaforma SID	Utenti con diagnosi di dipendenza comportamentale- GAP iscritti nella piattaforma SID	87 pazienti	Iscritti in piattaforma 108 nuovi pazienti	10	Incremento del 30% rispetto all'anno precedente	10
10 - Corretta Gestione del Ciclo Passivo	Corretta Gestione del Ciclo Passivo			10	90%	9
11 - Adempimenti Privacy	Vedi relazione		Relazione	10	Acquisita relazione prot. 0013615/DDIP del 12.01.2023	10
12- Adempimenti Prevenzione della Corruzione	Vedi relazione		Vedi relazione	5	Acquisita relazione prot. 0013615/DDIP del 12.01.2023	5
TOTALE				100		99/100

Tab. 83 tris -Obiettivi Dipartimento delle Salute Mentale

Indicatore di risultato	Scheda Budget/Obiettivi Valutazione 2023			
	Obiettivo	Peso	Risultato	Valutazione
Sviluppo PDTA Esordi Psicotici e Schizofrenia	È necessario costituire un Tavolo di Lavoro ad hoc (come previsto dal DRC n. 32 del 25/03/19) che cominci, a partire dal censimento degli utenti in carico in fascia d'età 18-30, il lavoro preliminare di conoscenza e studio dei dati sull'esistente, in vista della organizzazione, da realizzare a medio-lungo termine, di percorsi assistenziali mirati. Il Tavolo di Lavoro dovrà prevedere la partecipazione di tutte le figure professionali interessate e coinvolgerà tutte le sedi territoriali, per un'ampia condivisione delle procedure da attivare e per la creazione di una rete di riferimento il più possibile ampia e funzionale. ➤ Tavolo di Lavoro costituito; ➤ N. 2 Report semestrali; ➤ Utenza in carico 18-30 anni.	10	Si è costituito e insediato il tavolo di lavoro per lo sviluppo dei PDTA; Si sono prodotti n.2 report semestrali riferiti agli utenti 18-30 anni in carico (fonte POTW)	10
Sviluppo PDTA per DCA	Costituire di un Tavolo di lavoro multidisciplinare che, a partire dal censimento dell'utenza in carico, programmerà il lavoro per l'individuazione di percorsi definiti ad hoc. ➤ Tavolo di Lavoro costituito.	10	Istituito tavolo di lavoro per lo sviluppo dei PDFTA per DCA formato da 12 figure professionali interessate e appartenenti a diverse sedi territoriali	10
Implementazione utenza assistita dalla UOSD DCA	Implementare delle prese in carico e delle attività, per incrementare il numero dei pazienti assistiti rispetto al 2023 di almeno il 25%. ➤ N. Utenti in carico (target + 25%).	10	Numero di utenti presi in carico nel 2023= 100 (VS 62 dell'anno precedente + 61%)	10
Monitoraggio ricoveri autorizzati dalla UOSD	Controllare al termine di ogni semestre, i ricoveri autorizzati, per valutare l'andamento nell'anno. ➤ N. 2 report semestrali.	10	Sono stati prodotti n.2 report semestrali	10

<i>DCA presso strutture fuori regione</i>				
<i>Costituzione Gruppo di Lavoro Autismo e Fascia di Transizione</i>	Costituire un Gruppo di Lavoro multidisciplinare e interterritoriale, per la massima condivisione possibile di prassi e competenze. Tale Gruppo dovrà riunirsi con cadenza almeno bimestrale, verbalizzando di volta in volta gli incontri. ➤ Gruppo di Lavoro costituito; ➤ N. Riunioni effettuate.	10	È stato istituito un gruppo di lavoro su autismo e fascia di transizione formato da 10 operatori e sono state effettuate 4 riunioni plenarie	10
<i>Utilizzo di specifici strumenti (RAS, Recoverystar, Honos)</i>	Misurare gli esiti della recovery nel medio e lungo periodo, utilizzando appositi strumenti di valutazione. Formare gli operatori con corsi strutturati ad hoc, organizzati con il Servizio Formazione dell'Azienda. ➤ Corso di formazione realizzato; ➤ N. Operatori coinvolti.	10	Sono stati realizzati n. 2 corsi di formazioni specifici che hanno coinvolto 37 operatori	10
<i>Riduzione del numero di TSO a residenti maggiorenni</i>	Monitoraggio dei TSO effettuati a residenti maggiorenni nell'anno, rispetto all'anno precedente (n.142), in rapporto a popolazione maggiorenni residenti. ➤ N.TSO (target -2%).	10	Sono stati effettuati 155 TSO con una riduzione rispetto al 2021 pari al 7%	10
<i>Efficienza e tempestività dei flussi informativi (STP, ENI, dati sulla sicurezza, SMOP, Sorveglianza Covid in strutture residenziali, ecc...)</i>	I Direttori di struttura dovranno convocare tutti i dipendenti per sensibilizzarli sulla necessità di provvedere puntualmente all'inserimento dei dati di attività su POTW per corretto e puntuale assolvimento del debito informativo. ➤ N. flussi inviati.	10	Sono stati inviati regolarmente al Ministero i flussi informativi richiesti su: utenti stranieri, sicurezza, giacenze produttive, SMOP, sorveglianza Covid nelle strutture residenziali	10
<i>Implementazione attività socio-riabilitative e delle attività di rete, fascia 18-30 anni, per prevenzione del disagio e intervento precoce</i>	Implementare attività e laboratori rivolti ai giovani utenti, sempre orientati verso la recovery e il recupero funzionale, possibilmente creando piccoli gruppi omogenei. Coinvolgere Enti, Associazioni del Volontariato, Istituzioni scolastiche, gruppi d'interesse nella organizzazione-implementazione di una rete di supporto per la prevenzione del disagio psichico e per l'intervento precoce. ➤ N. Attività realizzate; ➤ N. Utenti coinvolti; ➤ N. Protocolli realizzati.	10	Sono stati attivati laboratori e realizzate attività in rete con il coinvolgimento degli utenti di età 18-30 anni in tutte le UUOOSM (vedi dettaglio relazione)	10
<i>Monitoraggio uso strumenti di contenzione in SPDC</i>	Utilizzando un'apposita Scheda di Rilevazione, costruita specificamente allo scopo, si dovrà procedere a due controlli semestrali, con produzione di report per uno primo studio conoscitivo del fenomeno dell'utilizzo della contenzione fisica all'interno del DSM. ➤ Costruzione "Scheda di rilevazione"; ➤ N.2 Report semestrali.	10	Si è strutturata un'apposita scheda di rilevazione per il monitoraggio degli episodi di contenzione nei SSPPDC e sono stati prodotti 2 report semestrali	10
TOTALE		100		100/100

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

Area Obiettivo	Obiettivo	Valore Obiettivo 2024	
A.1 – Piano Vaccinale	Garantire le vaccinazioni on site e domiciliari nei 12 distretti sanitari	Garantire le vaccinazioni nei 12 distretti sanitari	Evadere 100% richieste degli utenti
A.2 – Logistica-Acquisto DPI e Distribuzione	Intensificare e velocizzare le procedure di acquisto dei DPI e dei presidi sanitari	Razionalizzare la distribuzione dei DPI presso gli operatori sanitario	
A.3 – Piena funzionalità nel Presidio Covid Maddaloni	Garantire supporto al Presidio COVID da parte del personale degli altri PPOO		= 2022

Tab. 84

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

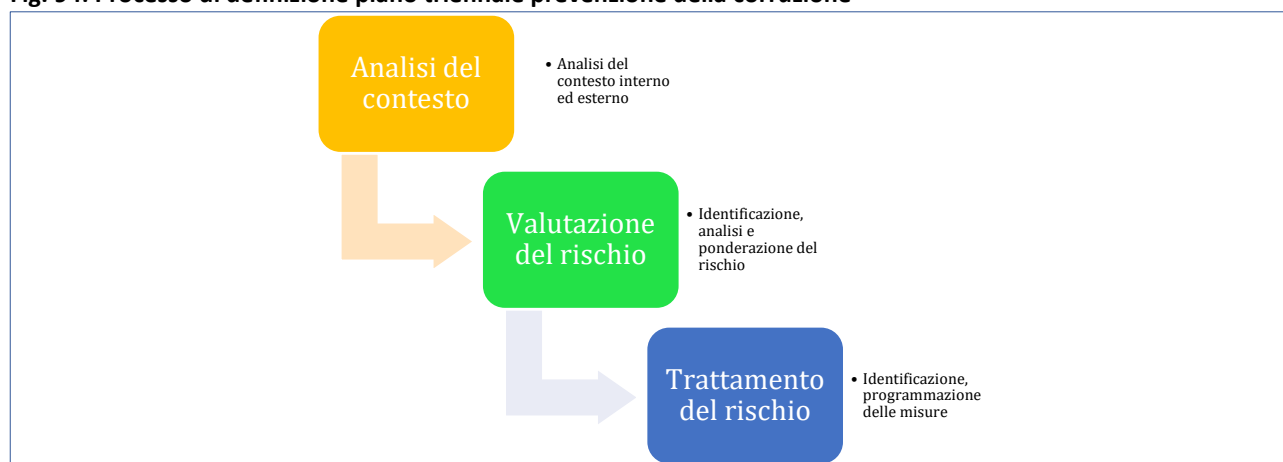
- *Accessibilità*, ovvero la semplicità di accesso ai servizi sanitari;
- *Appropriatezza*, cioè la capacità del sistema (o della struttura) di erogare servizi in linea con le necessità concrete dell'individuo/paziente;
- *Equità*, cioè parità di trattamento a parità di esigenza;
- *Efficacia*, ovvero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

4 Rischi Corruttivi e Trasparenza – Piano Triennale Prevenzione della Corruzione

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

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

Fig. 94: Processo di definizione piano triennale prevenzione della corruzione



I SOGGETTI RESPONSABILI

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

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

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

- Definisce gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,
- Designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- Adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti,
- Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione,
- Può chiedere al RPCT di riferire sull'attività.

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

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

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

In materia di misure di prevenzione della corruzione

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

A ciò si deve aggiungere l'obbligo:

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

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

In materia di trasparenza

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

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

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

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

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

In materia di Whistleblowing

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

In materia di imparzialità soggettiva del funzionario

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

Considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, l'Autorità, con Determinazione n.12/2015, con Deliberazione n. 22/2016 e in ultimo con il PNA 2023-2025, ritiene che vada assicurato al RPCT un adeguato

supporto, attraverso la previsione di una struttura organizzativa idonea e proporzionata che consenta al RPCT di svolgere in modo completo ed effettivo le proprie funzioni.

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

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

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

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

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

I Dirigenti aziendali sono responsabili della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione/diffusione della cultura della legalità, per l'area di rispettiva competenza; i dirigenti sono coinvolti direttamente nel processo di gestione del rischio, attraverso sia la fattiva collaborazione alla progettazione delle azioni, sia la concreta attuazione ed il relativo controllo.

Si evidenzia che le norme assegnano ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione, la legge n.190/2012 si integra infatti, in senso organizzativo, con il d.lgs. 165/2001 e s.m.i., che, all'art. 16 prevede per i Dirigenti generali, il concorso alla definizione delle misure preventive ed al controllo del loro rispetto, nonché informazioni e proposte per le attività più a rischio.

La strategia di prevenzione e contrasto alla corruzione prevede quindi obbligatoriamente il coinvolgimento attivo di tutti i Dirigenti che sono tenuti a garantire:

- Collaborazione attiva e corresponsabilità nella progettazione delle misure di prevenzione del rischio,
- Promozione e adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione,
- Informazione sia nei confronti della propria struttura che del Responsabile,
- Attuazione e monitoraggio delle misure individuate per le attività di propria competenza.

Tutti i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti ad osservare le prescrizioni contenute nella presente sezione anticorruzione e nel Codice di Comportamento generale ed aziendale, inoltre

- Partecipano al processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione;
- Segnalano casi di illecito e di (attuale o potenziale) conflitto di interessi, anche ai fini dell'attivazione dei meccanismi di cui all'art. 6 bis L.241/1990 (art. 6 e 7 D.P.R. 63/2013);
- Partecipano ai percorsi formativi attivati dall'Azienda.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione: osservano le misure contenute nella presente Sezione e nel Codice di Comportamento e segnalano le situazioni di illecito.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

- Verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla *performance*, che la sezione anticorruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale,
- Verifica che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza,
- Verifica i contenuti della relazione annuale sull'attività svolta, elaborata dal RPCT, in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza, allo scopo può chiedere al RPCT informazioni e documenti necessari al controllo e può effettuare audizioni di dipendenti,
- Riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di comportamento aziendale,
- Rilascia l'attestazione annuale sulla trasparenza, secondo le indicazioni e la griglia di rilevazione pubblicata annualmente sul sito dell'ANAC.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) rispettivamente del comparto e della dirigenza:

- Esamina le segnalazioni relative a violazioni dei Codici di comportamento aziendale e Disciplinare;
- Svolge i procedimenti disciplinari di competenza, segnalando tempestivamente al RPCT l'apertura di procedimenti riferiti ad ipotesi di eventi corruttivi, pur eventualmente sospesi per un processo penale pendente;
- Svolge attività di vigilanza e, in raccordo con il RPCT, di monitoraggio ex art. 15 del D.P.R. 62/2013 e provvede all'aggiornamento del Codice di comportamento.

E' fondamentale che da Gennaio 2024 sia attuato un effettivo raccordo tra il RPCT , l'Ufficio del Personale e l'U.P.D..

Come già richiesto nella nota UVMAC Ufficio Vigilanza misure anticorruzione a firma del Presidente ANAC n. 55494 del 26.06.2018 e ribadito sia con nota Asl Ce prot. 196005/PC del 03.09.18 e Asl Ce n. 1216756/PC 22.09.2021 è assolutamente necessario che il Servizio G.R.U., AALL e l'U.P.D. comunichino al RPCT (anticorruzione-trasparenza@pec.aslcaserta.it) tutti i procedimenti penali e disciplinari ancora pendenti nonché ogni notizia formale di avvio di procedimento penale e/o avvio di procedimento disciplinare a carico di un dipendente per fatti di natura corruttiva e/o violazione del Codice di Comportamento. Ciò al fine di attuare quanto previsto dal combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lettera l quater e dell'art. 55 ter, comma 1, del D.Lgs. 165/2001.

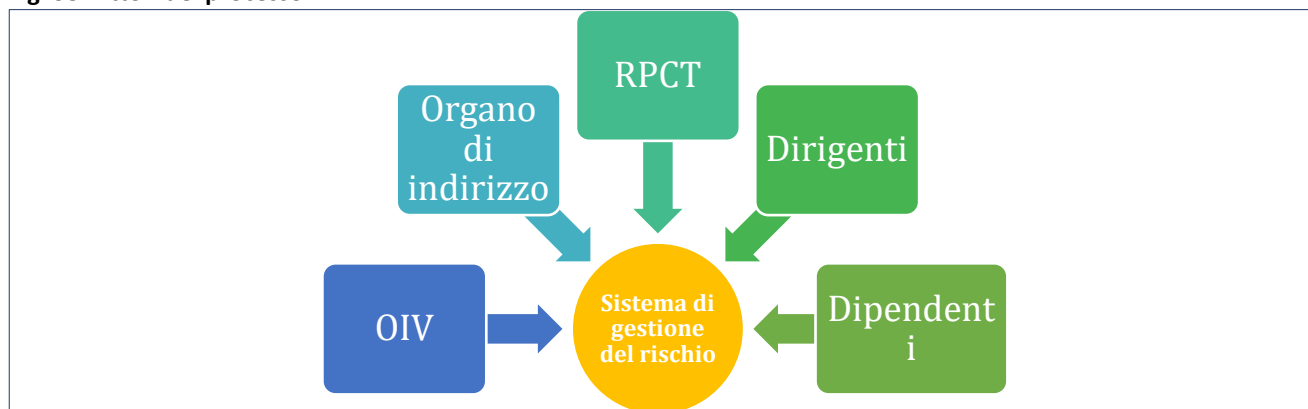
Responsabile dell'inserimento e aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti. Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), di cui all'art. 33-ter del DL 08.10.2012 n. 179; Il Direttore dell'UOC Provveditorato è stata individuata RASA per l'ASL di Caserta.

“Gestore” delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio. Il PNA 2016 richiama il Decreto del Ministero dell'Interno del 25.09.2015 riferito alla determinazione degli indicatori di anomalia, per agevolare

l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, da parte degli uffici della P.A., in merito alla previsione di adeguati meccanismi di coordinamento tra il soggetto individuato quale "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette ed il RPCT.

Con Deliberazione Aziendale n. 1072 del 13.06.2023 è stato nominato il Responsabile antiriciclaggio ex art. 10, co 4, D.Lgs.231/2007.

Fig. 95: Attori del processo



4.1 Analisi del contesto

Come sottolineato nel PNA 2023-2025 l'analisi del contesto esterno ed interno rientra nelle attività necessarie per definire le misure di prevenzione della corruzione.

Il contesto esterno identifica l'ambiente nel quale l'Ente opera, con riferimento alle variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'Ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. Le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui l'Ente è sottoposto consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio;

Il contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. Tale analisi è utile ad evidenziare da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Ente.

Per tutte le informazioni sul contesto interno si rinvia alla scheda di presentazione dell'Azienda.

L'analisi di fenomeni di corruzione nell'ASL Caserta ne ha evidenziato negli anni diversi casi, di cui si segnalano i principali:

- *Truffe a danno del SSR per erogazione di prestazioni diagnostiche false;*
- *Furto di ricette del SSR;*
- *Truffe per erogazione di prescrizioni farmaceutiche false in cui sono rimasti coinvolti medici di medicina generale, funzionari e farmacie convenzionate;*
- *Truffe a danno delle assicurazioni e del SSR per referti di Pronto Soccorso falsi;*
- *Truffe a danno sia dell'immagine dell'Azienda che danni contabili per falsificazione delle presenze in servizio;*
- *Corruzione in atti pubblici con danno economico da parte di dirigenti e funzionari della Salute Mentale;*
- *Truffe da parte di Istituti di Ricovero in accreditamento per falsificazione delle tipologie di ricovero (DRG);*
- *Truffe da parte di centri diagnostici in accreditamento per prestazioni false.*

4.1.1 Contesto esterno Azienda Sanitaria Locale Caserta

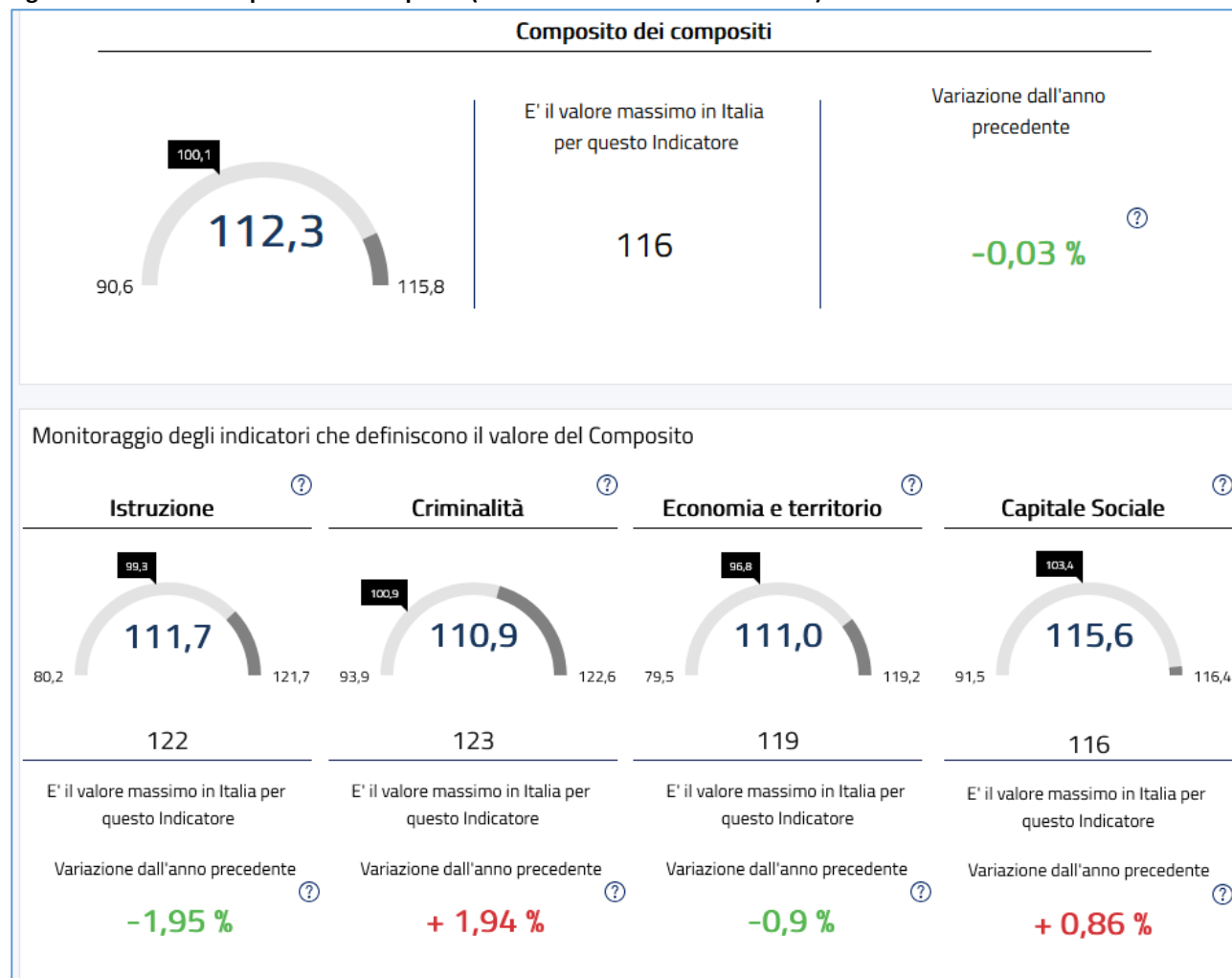
L'analisi del contesto esterno è stata operata attraverso il Cruscotto Contesto elaborato dall'ANAC e raggiungibile attraverso il seguente link: <https://anac-c1.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20di%20contesto.bcps&screenId=8e785fea-9a24-45ed-b086-6c5cf0cd1518&showMenu=false>

L'analisi di contesto prende in considerazione diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici: *criminalità, istruzione, economia e territorio*.

Indicatore composito dei compositi

L'indicatore Composito dei compositi ha l'obiettivo di sintetizzare, in un unico indicatore, la complessità e la multidimensionalità della corruzione. Per tale motivo è calcolato utilizzando i seguenti domini: istruzione, criminalità, economia e territorio, capitale sociale. L'analisi del contesto esterno, infatti, si pone l'obiettivo di individuare le caratteristiche culturali, economiche, sociali del territorio nel quale l'amministrazione opera, tali da poter favorire, o viceversa ostacolare, il verificarsi di fenomeni corruttivi. Tale metodologia è alla base della misurazione del Benessere Equo e Sostenibile dell'ISTAT e di altri indicatori di misurazione di fenomeni complessi multidimensionali sia a livello nazionale che internazionale.

Fig. 96: Indicatore composito dei compositi (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)



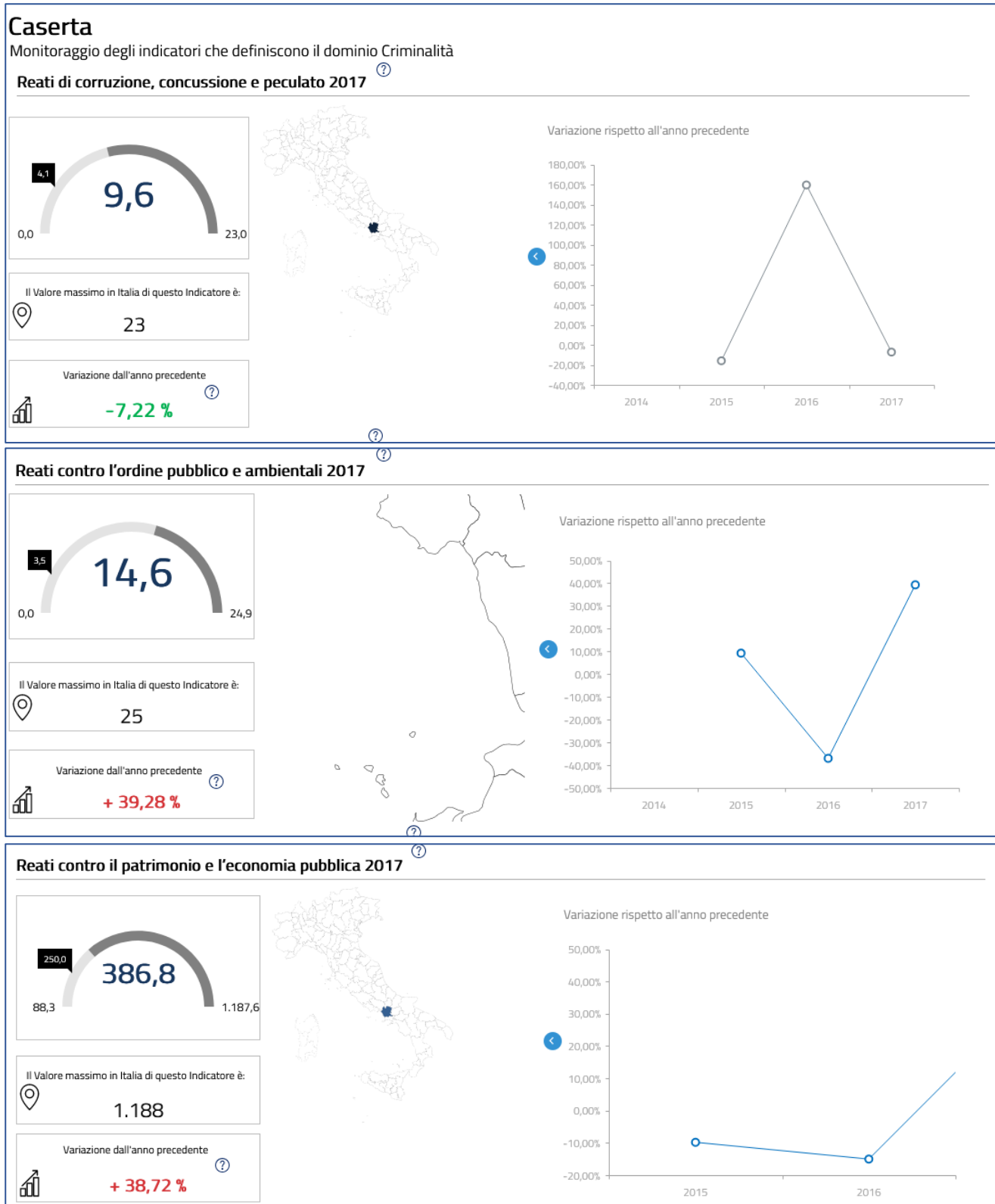
Indicatori di criminalità

La diffusione della corruzione può essere notevolmente influenzata dai livelli complessivi di criminalità, dall'efficacia del sistema giuridico nel contrastarla, dal grado di protezione che esso riconosce agli individui danneggiati dalle attività corruttive.

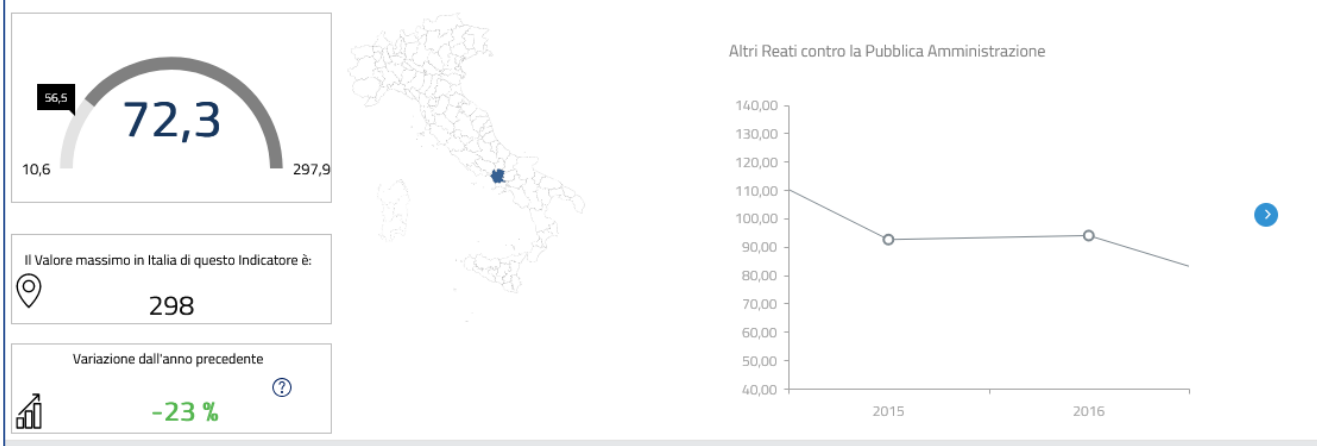
L'indicatore Reati di corruzione, concussione e peculato considera i delitti in cui la fattispecie giuridica contempla uno scambio tra un funzionario pubblico e un soggetto esterno (corruzione e concussione), o un abuso di potere per il profitto privato del funzionario (peculato); altri indicatori – Reati contro l'ordine

pubblico e ambientali; Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica; Altri reati contro la PA – includono delitti in cui lo scambio illecito e/o l'abuso di potere costituiscono un elemento esterno/fattuale che fa da contesto del reato. In questo caso la corruzione e/o l'abuso di potere non sono necessariamente oggetto di accertamento in sede processuale, ma possono rappresentare la ratio che sta dietro alla commissione di quei delitti e quindi segnalare fenomeni comportamentali corruttivi.

Fig. 97-98-99: Indicatori di criminalità (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)



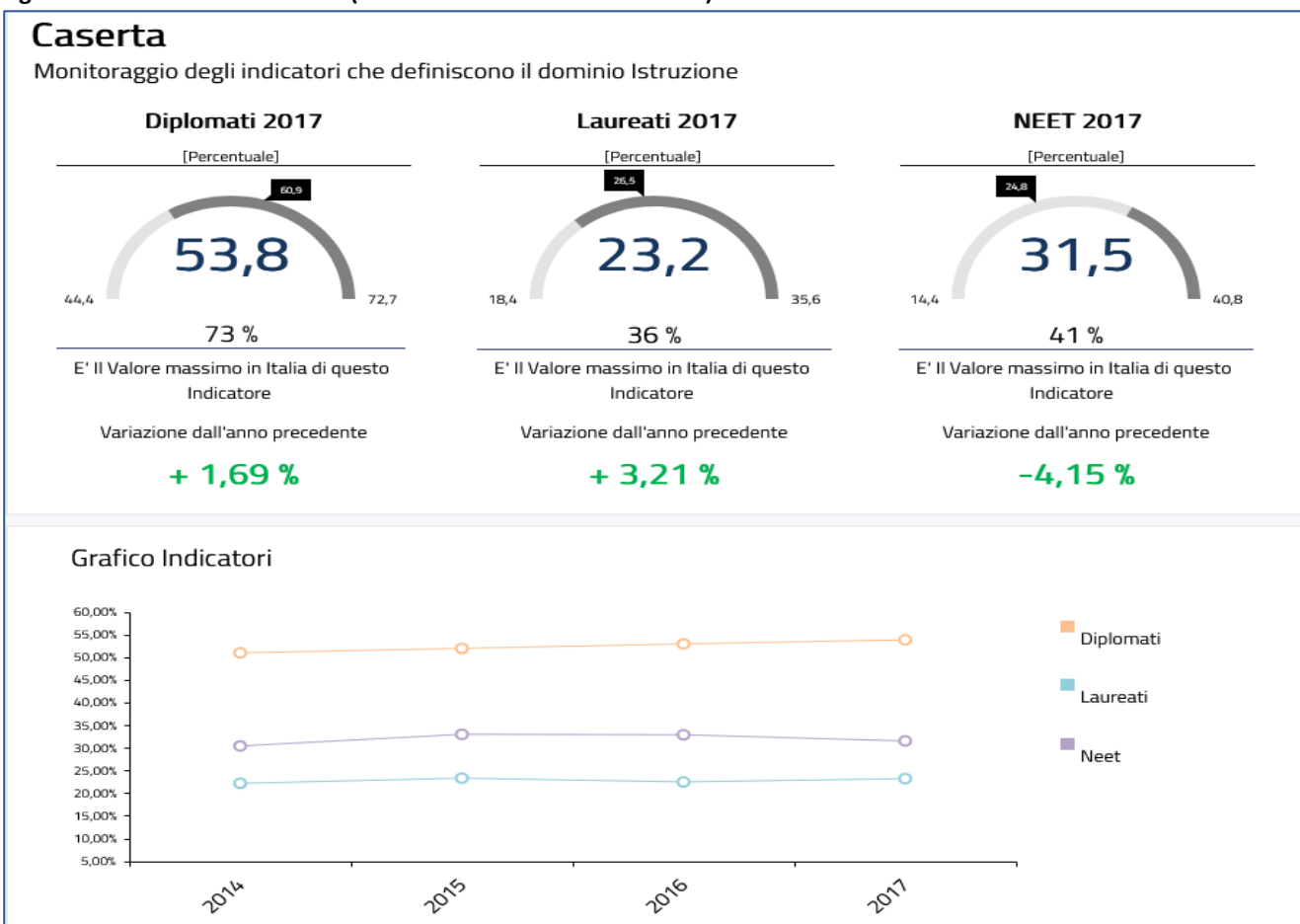
Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione 2017 [?]



Indicatori di istruzione

Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione. Una possibile spiegazione è che gli individui con livelli di istruzione più elevati abbiano acquisito competenze e conoscenze che li rendono più consapevoli del valore delle libertà civili e meno tolleranti nei confronti della corruzione. Per le stesse ragioni, livelli più elevati di corruzione mediamente sono associati a livelli più bassi di capitale umano. A ciò si aggiunge che dove la corruzione è maggiore, l'emigrazione qualificata è significativamente più elevata, generando problemi di fuga di cervelli. Nel cruscotto sono analizzati il numero di diplomati, il numero di laureati e il numero di giovani (15-29 anni) che non hanno un'occupazione regolare e non seguono un percorso di studio (NEET – Not in Education, Employment or Training).

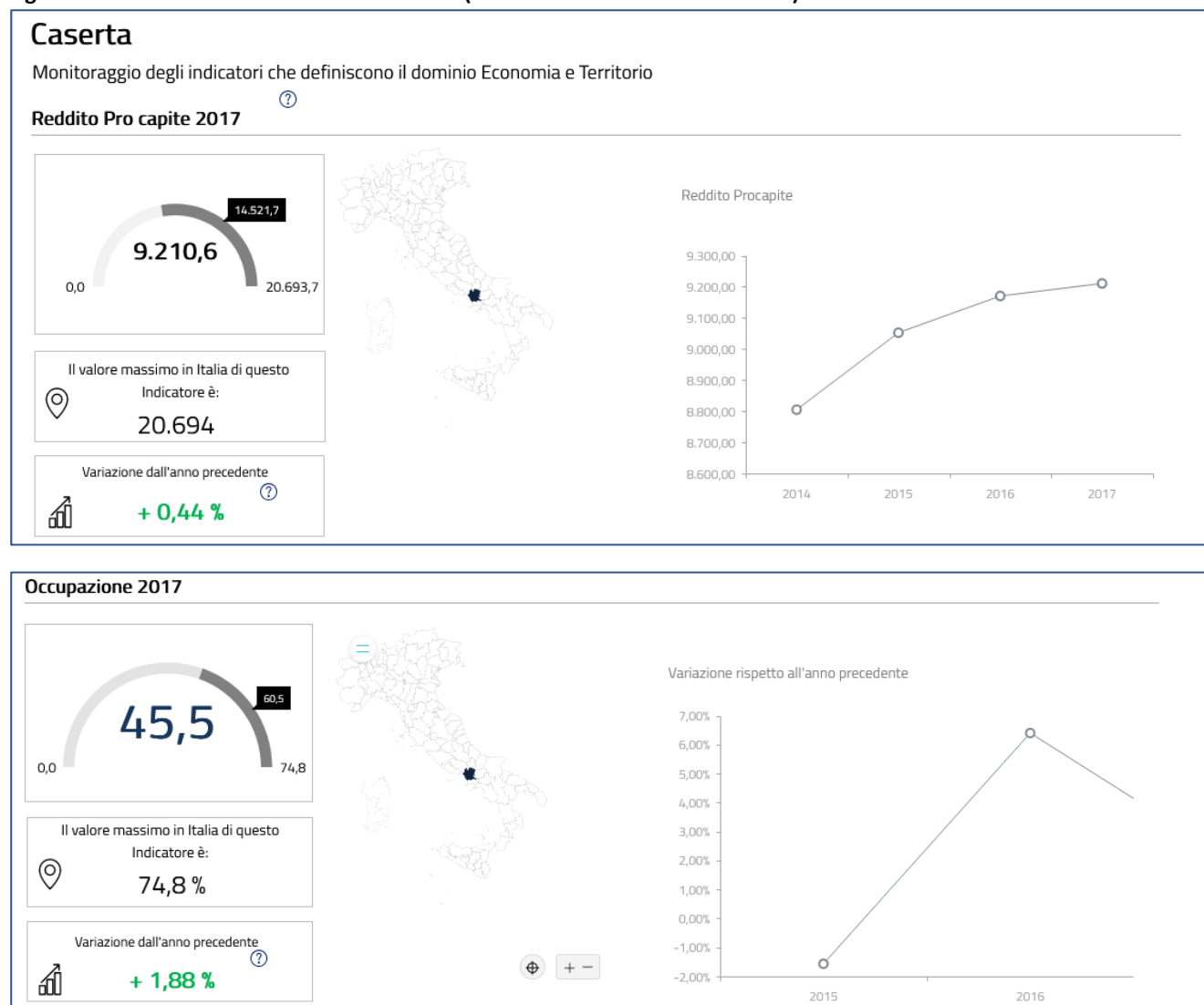
Fig. 100: Indicatori di istruzione (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)



Indicatori di economia

L'alto livello e il grado di uguaglianza nella distribuzione del reddito, l'occupazione, la capacità di attrarre investimenti interni ed esteri e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, l'intensità della competizione nei mercati, la libertà economica, sono fattori che si associano a bassi livelli di corruzione. Inoltre, a livelli elevati di utilizzi di Internet è associato un livello di corruzione più basso in quanto la rete favorisce la diffusione di informazioni che rappresentano uno strumento di controllo dell'esercizio dei poteri pubblici. Infine, una gestione efficiente dello smaltimento dei rifiuti urbani, spesso esposta alla corruzione in quanto oggetto di cattura da parte degli operatori economici e della criminalità organizzata, è associata a bassi livelli di corruzione.

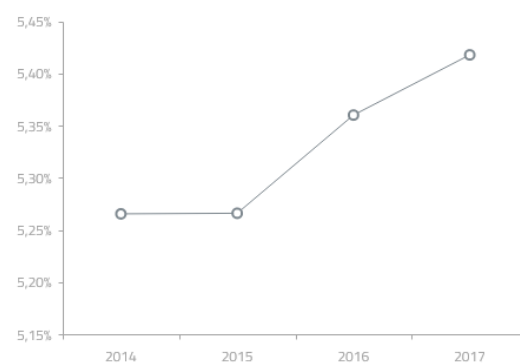
Fig. 101-102-103-104: Indicatori di economia (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)



Tasso di Imprenditorialità 2017



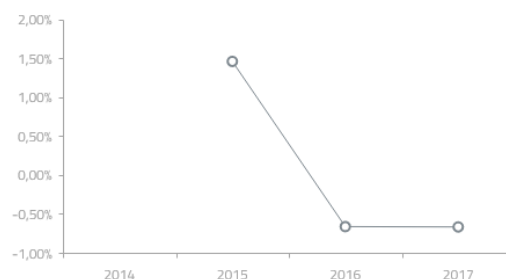
Tasso Imprenditorialità



Indice di Attrattività 2017



Variazione rispetto all'anno precedente



La classifica finale per l'anno 2022 tra le Province Italiane per l'indice complessivo di criminalità vede Caserta al 46° posto con 27.976 denunce con un rapporto di 3.107,4 denunce ogni 100.000 abitanti.

Tab.85: Indice complessivo di criminalità (Fonte Sole 24 ore)-Confronto con le altre Province

Tipo Reato	Classifica	N. Denunce	Rapporto x 100.00 ab
Omicidi Volontari Consumati	50°	4	0,4
Tentati Omicidi	20°	21	2,3
Violenze sessuali	97°	44	4,9
Furti	29°	11.821	1.313
Furti di autovetture	7°	2.809	312
Rapine	18°	335	37,2
Estorsioni	28°	171	19
Usura	4°	8	0,9
Associazione per delinquere	46°	7	0,8
Associazione di tipo mafioso	12	3	0,3
Riciclaggio	11°	33	3,7
Truffe e frodi informatiche	64°	4.115	457
Stupefacenti	82°	300	33,3

I dati degli indici di criminalità fotografano ogni anno i delitti “emersi” nell’arco del 12 mesi del 2022 in seguito alle segnalazioni delle forze dell’ordine (Fonte Sole 24 ore).

4.2 Gestione del rischio

L'illustrazione delle principali dinamiche che caratterizzano il contesto esterno ed interno di una amministrazione è, infatti, elemento essenziale del Piano della performance, così come costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio corruttivo. La finalità è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dall'analisi del rischio e dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

In modo sintetico le fasi sono:

- La mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- La valutazione del rischio per ogni processo;
- La definizione delle misure per la prevenzione;
- L'attività di monitoraggio e valutazione.

Un elemento importante è l'associazione fra prevenzione del rischio di corruzione e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi della risposta data ai cittadini.

4.2.1 Mappatura dei processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Il processo di gestione del rischio è stato avviato sulla base della mappatura dei processi che ha visto il coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti di Strutture e Dipartimenti dell'Azienda, chiamati a fare la descrizione delle aree e dei singoli processi di pertinenza (Delibera aziendale n. 625 del 30.11.2022)

Proprio perché l'attuazione delle misure preventive ricade sui Responsabili di struttura, si è ritenuto importante effettuare una mappatura dei processi condivisa (All.2) con i singoli Responsabili/Direttori: un loro diretto coinvolgimento consente di poter migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità del processo di gestione del rischio corruttivo, in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale. Come già evidenziato nel precedente PIAO, ad inizio dicembre 2022 sono state inviate ai Direttori dei Servizi Centrali, dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse le rispettive schede dei processi e dei rischi corruttivi con invito a visionarle e ad integrarle con eventuali nuovi processi di competenza che non risultavano già mappati.

4.2.2. Valutazione del rischio

Una seconda parte dell'analisi ha invece interessato la valutazione del rischio corruttivo. Sono state in particolar modo considerate le seguenti fasi: identificazione del rischio, analisi del rischio mediante fattori abilitanti, stima del livello di esposizione al rischio, valutazione mediante l'uso di indicatori di rischio

Identificazione del rischio

L'identificazione del rischio rappresenta il carattere cruciale della fase di gestione del rischio. Certamente vi è una correlazione fra l'identificazione del rischio ed il livello di collaborazione tra il RPCT ed i responsabili delle unità organizzative nel processo di gestione del rischio: la collaborazione favorisce l'identificazione degli eventi rischiosi, di contro, la non collaborazione rende più difficoltosa tale identificazione. Ciò è ben comprensibile, in quanto i responsabili degli uffici, avendo una conoscenza più approfondita delle attività svolte dalla singola unità organizzativa dell'amministrazione, possono in concreto facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

Analisi del rischio mediante fattori abilitanti

L'analisi del rischio previamente identificato ha consentito - attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione - di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Il ricorso ai fattori abilitanti ha contribuito, in modo determinante, all'individuazione delle misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.

Sono stati esaminati quei fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Tab. 86: Elenco principali fattori abilitanti

Fattori abilitanti (fattori/Cause che agevolano il verificarsi di comportamenti/fatti corruttivi)			
	SI	NO	NOTE
Mancanza di controlli			
Mancanza di trasparenza			
Eccessiva regolamentazione/complessità			
Scarsa chiarezza della normativa di riferimento			
Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto			
Scarsa responsabilizzazione interna			
Competenze del personale addetto ai processi inadeguate			
Assenza di personale con le competenze richieste per la gestione del processo			
Inadeguata diffusione della cultura della legalità			
Altro (specificare nella riga sottostante)			
Dati oggettivi di supporto alla stima del rischio			
	SI	NO	NOTE
Dati sui precedenti giudiziari			
Dati su procedimenti disciplinari			
Reclami			
Segnalazioni pervenute			
Pubblicazione evento su giornali/riviste			
Analisi del rischio di corruzione (indicatori di stima)			
	ALTO	MEDIO	BASSO
Discrezionalità dei processi			
Interesse esterno			
Controlli			
Efficacia della trasparenza			
Grado di attuazione delle misure di trattamento			
Personale coinvolto nella gestione del rischio			
Livello di rischio complessivo			
Trattamento del rischio (individuazione e programmazione delle misure)			
	Esistente/Nuova	Tempistiche	Indicatori
Misura di controllo			N. controllo effettuati/n. pratiche-provvedimenti
Misura di trasparenza			Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
Misure di definizione e promozione dell'etica (Codice comportamento aziendale)			Rispetto codice comportamento aziendale
Misure di regolamentazione			Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
Misure di formazione			N. partecipanti ad un corso/n. interessati al corso
Misura di sensibilizzazione e partecipazione			N. iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
Misure di rotazione			N. incarichi/pratiche ruotati sul totale
Misure di disciplina del conflitto di interessi			Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse

Misure di regolazione dei rapporti lobbies			Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo
Altro			

Criteri per la valutazione: indicatori di rischio

Gli indicatori di rischio (key risk indicators) cui si è fatto ricorso al fine di acquisire informazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle attività sono stati diversi.

Gli indicatori utilizzati per ciascun'area sono stati quelli relativi al "Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA" – ovvero la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale che determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; l'indicatore "Livello di interesse esterno" (ossia "la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo che determina un incremento del rischio"); l'indicatore "Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata" – attività già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili tale da far aumentare il rischio corruttivo.

4.2.3. Trattamento del rischio: previsione delle misure

Rispetto al trattamento del rischio si distinguono:

- Misure generali, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- Misure specifiche che incidono su temi individuati in seguito all'analisi e valutazione del rischio.

La programmazione delle misure di prevenzione avviene nel rispetto dei principi declinati da ANAC ed oltre a dover essere adeguatamente progettate, (onde evitare astrazioni irrealizzabili o estremamente gravose) devono essere efficaci, sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo, adattate alle specificità ed alle peculiarità aziendali e verificabili.

Si rappresentano di seguito le misure generali del sistema aziendale di prevenzione dei fenomeni corruttivi ed i relativi principali caratteri distintivi.

a. Codici di Comportamento e azioni di miglioramento

L'Azienda, conformemente alle disposizioni normative previste in materia, ha approvato il proprio codice di comportamento, adottato con Delibera n.98 del 22.1.2024. Il Codice è articolato al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà e l'imparzialità.

Contiene una specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti, articolati in relazione alle funzioni attribuite. Prevede che la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, sia fonte di responsabilità disciplinare.

Sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, per l'ambito di competenza e in relazione ai connessi livelli di responsabilità, le strutture di controllo interne e l'Ufficio di Disciplina.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) cura la raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e produce una relazione semestrale in merito per il RPCT.

Il Nuovo Codice di Comportamento recepisce le indicazioni del D.L. n. 36 del 30.04.2022, convertito in legge n. 79 del 29.06.2022, contenendo una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche per la tutela della pubblica amministrazione.

Violazione del Codice di Comportamento- esiti del monitoraggio.

Si segnala che, nel corso del 2023, non sono pervenute all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), con riferimento alla violazione del D.P.R. n. 62 del 2013, del codice disciplinare e del codice

dell'amministrazione, segnalazioni che costituiscono elemento di riflessione per l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione da adottare nel triennio 2023-2025. In ogni caso l'Azienda, nel corso del 2024, svolgerà attività formativa e informativa sulle tematiche degli obblighi comportamentali.

b. Rotazione ordinaria e straordinaria

L'articolo 1 della legge n.190/2012 ha introdotto, al fine di limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione, la cosiddetta rotazione ordinaria del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Diversa è la rotazione straordinaria, introdotta dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 che nasce come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni illeciti, di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare.

La normativa prevede che qualora non sia possibile realizzare la misura della rotazione ordinaria le amministrazioni sono comunque tenute a programmare altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, dando adeguata motivazione della mancata applicazione dell'istituto nel piano triennale di prevenzione della corruzione.

Criteri di rotazione

Considerato l'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa si segue un criterio di gradualità nella programmazione per evitare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria e gravi ricadute sui servizi di pubblico interesse espletati.

Pertanto, poiché la legge 190/2012 prevede la misura della rotazione per le aree a più alto rischio di corruzione, all'interno della realtà organizzativa dell'Asl di Caserta tale misura trova applicazione innanzitutto per le aree con un valore di rischio alto e medio per poi, in una seconda fase, interessare quelle con un livello di esposizione al rischio più basso.

Le aree a rischio medio ed alto sono:

- Contratti pubblici
- Incarichi e nomine
- Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni
- Rapporti contrattuali con i privati accreditati
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La rotazione è attuata nel rispetto dei criteri di:

- Rotazione territoriale (ossia l'assegnazione ad un diverso ambito territoriale)
- Rotazione funzionale (ossia l'assegnazione a diverse competenze nella medesima struttura)
- Rotazione funzionale e strutturale.

In caso di motivata impossibilità di rotazione, si prevedono misure alternative consistenti nell'adozione di modalità operative che favoriscono una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di condivisione delle fasi procedurali per le istruttorie più delicate nelle aree più a rischio, affidamento delle varie fasi di un procedimento a più operatori, con separazione della responsabilità dell'attività di istruttoria dalla responsabilità dell'adozione del provvedimento finale (c.d. segregazione delle funzioni).

Per alcune unità operative aziendali, in relazione ad alcuni procedimenti rientranti nell'ambito di quelli considerati a più elevato rischio corruzione, viene prevista la rotazione come misura specifica per prevenire possibili fenomeni corruttivi, come da tabella che segue.

Tab.87: Unità Operative interessate al processo e tipologia di rotazione – Indicazioni e criteri

<i>Struttura</i>	<i>Tipologia di rotazione</i>	<i>Misura</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo 2024</i>	<i>Obiettivo 2025</i>	<i>Obiettivo 2026</i>
UOC Gestione Risorse Umane	Rotazione dei segretari di concorso e degli addetti alla vigilanza nelle procedure di selezione pubblica o interna.	È prevista la rotazione dei segretari di concorso e degli addetti al supporto amministrativo e di vigilanza nelle procedure concorsuali di selezione pubblica o interna. È altresì prevista l'opportuna costituzione di un Albo dei segretari di concorso, che garantisca pari opportunità tra uomini e donne con affidamento degli incarichi nel rispetto dei principi della parità di trattamento, proporzionalità, trasparenza, rotazione.	N. segretari che ruotano/sul totale dei segretari di commissione	30%	40%	50%
Gestione giuridico-economica professionisti esterni	Turnazione tra gli addetti alla predisposizione delle spettanze economiche per i professionisti esterni (convenzionati/avvocati, ecc....)	Si prevede la rotazione attraverso un diverso abbinamento tra operatore e beneficiario	N.funzion.c he ruotano sul complessivo	40%	50%	60%
UO Acquisti di beni e servizi; UO Manutenzione e gestione Immobili; Servizi Informativi	Rotazione dei componenti delle Commissioni di Gara	Per le procedure di gara per l'acquisizione di beni e/o servizi, per la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici, si prevede il rispetto del principio di rotazione	N.membri sul totale	30%	50%	70%
	Rotazione tempestiva del Responsabile Unico del Procedimento, in caso di conflitto di interessi, anche potenziale	Si prevede la rotazione del Responsabile Unico del Procedimento, a cura del Dirigente Responsabile del Servizio, qualora venga rilevata una situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi		100%	100%	100%
	Rotazione, oltre che alla conclusione dei singoli contratti, anche attraverso l'affidamento al soggetto di incarichi di RUP in settori merceologici diversi rispetto a quelli seguiti nei precedenti incarichi, fatte salve le professionalità necessarie al ruolo e le competenze richieste. Affidamento, ove possibile, a cura del Dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie, con rotazione degli abbinamenti	Il criterio preventivo di rotazione va temperato con il principio costituzionale di buon andamento dell'amministrazione,		100%	100%	100%
Servizi di Igiene e Sanità Pubblica; Servizi competenti sulla Sicurezza Alimentare Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro	Affidamento, ove possibile, a cura del Dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie, con rotazione degli abbinamenti	Si ritiene opportuna l'adozione di Linee guida per la rotazione del personale addetto al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza relative ai: Servizi di Igiene e Sanità Pubblica; Servizi competenti sulla Sicurezza Alimentare; Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro. Nelle more, nelle UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica e Prevenzione Salute negli ambienti di vita e di lavoro del Dipartimento Sanità Pubblica, la vigilanza va realizzata da coppie di ispettori soggette a rotazione nell'abbinamento		Entro il 31/12/24		
	Supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza, del responsabile gerarchico e separazione (ove possibile) delle funzioni ispettive da quelle autorizzative/sanzionatorie					
Acquisizione Prestazioni Sanitarie da Erogatori Esterni	Rotazione degli operatori del Nucleo Operativo di Controllo delle prestazioni sanitarie rese da	Si prevede la rotazione sulle strutture private accreditate degli operatori del NOC a cadenza annuale a decorrere dal primo trimestre di ogni anno.	N.Membri/su compl.	30%	35%	35%

	erogatori esterni					
Direzioni Sanitarie di Presidio	Rotazione degli operatori degli obitori	Rotazione del personale addetto agli obitori	N.pers/su compl.	30%	35%	35%

Rotazione straordinaria

Oltre alla rotazione ordinaria è previsto l'istituto della c.d. rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater del d.lgs. n. 165/2001 (modificato con L. n. 135/2012), nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria di carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale, o disciplinare, siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo, al fine di tutelare l'immagine e l'imparzialità dell'amministrazione. Sull'applicazione dell'istituto è intervenuta l'ANAC, con deliberazione n. 215/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. I-quater del d.lgs. n. 165/2001" ed ha precisato e rivisto alcuni precedenti orientamenti in materia.

Al fine di adottare tale misura cautelare in maniera efficace ed efficiente, è necessario che l'Ufficio Legale provveda a trasmettere formalmente al RPCT ogni comunicazione pervenuta da parte dell'Autorità Giudiziaria in merito all'avvio di procedimenti penali/rinvio a giudizio di dipendenti, per condotte di natura corruttiva. Analogamente l'UPD deve provvedere a comunicare formalmente al RPCT l'avvio di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva. In seguito, il RPCT procede a coinvolgere il Responsabile dell'U.O. /Struttura cui afferisce il dipendente interessato affinché si valutino i presupposti per l'eventuale applicazione della misura cautelare in contesto, se del caso, anche tramite apposito incontro con il già menzionato Responsabile volto ad esaminare congiuntamente il caso specifico. Qualora il soggetto coinvolto sia un Responsabile di U.O./Struttura, a valutare le iniziative da assumere saranno, a seconda del ruolo ricoperto, il Direttore di Dipartimento ovvero il Direttore Generale/il Direttore Sanitario/il Direttore Amministrativo.

c. Obblighi di astensione e di segnalazione in caso di conflitto di interessi

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo, sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 *bis* nella l. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e del Codice di comportamento aziendale, nonché a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità ivi stabilite. Qualora vengano segnalate situazioni di conflitto di interessi, il dipendente dovrà essere sollevato dall'incarico che dovrà essere affidato ad altri ed in mancanza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura avocherà ogni relativo adempimento.

Al momento della sottoscrizione del contratto il neoassunto o il dipendente assegnato a nuovo ruolo rilascia una dichiarazione, valutata dal Direttore della struttura di riferimento.

Per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, all'atto del conferimento dell'incarico il Servizio G.R.U. acquisirà dichiarazione sull'insussistenza di conflitto di interessi, di cui verrà dato conto nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito. Il Responsabile dell'UO proponente (a cui viene assegnato il collaboratore) dovrà rilasciare l'attestazione di assenza di conflitto da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente.

Dal 2022 i Curricula e le dichiarazioni sono resi con modalità informatica, tramite specifico portale.

Sono pubblicati nella sezione "Personale" i modelli di Dichiarazione da rendere; nello specifico la dichiarazione comprende:

- Dichiarazioni patrimoniali e reddituali (per il personale dirigente, da compilare entro 3 mesi dall'incarico, da aggiornare annualmente). A seguito delle Deliberazioni ANAC è stato temporaneamente sospeso l'obbligo riferito alle dichiarazioni patrimoniali e reddituali del personale

dirigenziale, a fronte dei contenziosi insorti e delle incertezze interpretative nella specifica materia, fermo restando che i dirigenti possono comunque volontariamente adempiervi. Non sono intervenute nuove disposizioni in merito, mentre permane l'obbligo per gli organi di indirizzo politico (vertice aziendale).

- Comunicazione circa interessi finanziari e conflitto di interessi (per tutti i dipendenti) da compilare all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico, da aggiornare annualmente.
- Dichiarazione di partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari (per il personale dirigente, D.A. e D.S.) da compilare all'atto dell'assunzione dell'incarico.
- Comunicazione adesione/appartenenza ad associazione o organizzazione (per tutti i dipendenti) da compilare tempestivamente nel caso di associazione od organizzazione operanti in ambito sanitario, sociosanitario, di ricerca, di tutela della salute o in settori potenzialmente interferenti con le funzioni assegnate.
- Dichiarazione di insussistenza di eventuali situazioni di conflitti di interessi per rapporti di parentela, affinità e convivenza all'interno della struttura di appartenenza. Al fine di dare ampia diffusione a tutto il personale verrà inviata una nota informativa ai Direttori delle strutture aziendali, con invito a darne massima diffusione a tutto il personale di propria afferenza e trasmessa un'ulteriore informativa con invio massivo a tutto il personale.

L'acquisizione/aggiornamento delle succitate dichiarazioni con l'utilizzo del Portale dedicato verrà svolta annualmente a cura del Responsabile della Trasparenza.

La percentuale dei dati di raccolta è stata dell'84% per i 1323 Dirigenti, del 100% per i 115 collaboratori e del 99% per 71 posizioni organizzative.

Riguardo all'area a rischio dei contratti pubblici e alla fase del ciclo degli approvvigionamenti, si rinvia alla specifica sezione di questo piano.

Per quanto riguarda l'obbligo di astensione, ogni dipendente è tenuto a comunicare formalmente con tempestività al proprio superiore gerarchico, il verificarsi della situazione di potenziale conflitto di interessi con lo svolgimento dell'attività o l'adozione di una determinata decisione, come previsto dal Codice di comportamento aziendale.

d. Inconferibilità/incompatibilità

Inconferibilità per Incarichi Dirigenziali

Normativa di riferimento:

- Capi I, II, III e IV del D.lgs. 39/2013, art.15,17,18,20 del D.lgs. 39/2013;
- PNA 2023 - PNA 2016 par.7.3;
- Del. ANAC n. 833 del 3.08.2016" Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e incompatibilità ...)
- Delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 in materia di applicabilità delle disposizioni su incompatibilità e inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende Sanitarie ai soli 3 Direttori aziendali (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e adesso anche Direttore socio-sanitario) l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D.lgs. n.39/2013, precisando che: *“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”*.

Alla luce di quanto sopra, il RPCT provvede a raccogliere la dichiarazione e verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi conferiti di Direttore amministrativo, di Direttore sanitario atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale acquisendo annualmente apposita dichiarazione. Le dichiarazioni vengono acquisite annualmente (entro il 31 gennaio) e vengono pubblicate sul sito della trasparenza.

Con la delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 è stato esteso il regime dell'inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Si prende atto e si rinvia alle specifiche linee guida emanate da ANAC con Delibera n. 833 del Consiglio dell'Autorità (3 agosto 2016). Tale atto ha per oggetto le linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e regola l'attività di vigilanza ed i poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

Incompatibilità specifiche per particolari Posizioni Dirigenziali

Normativa di riferimento:

- Capi V e VI del D.lgs. 39/2013, art.15,19 e 20 del D.lgs. 39/2013

Ai sensi del D.lgs. 39/2013 per “incompatibilità” si intende *“l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine di 15 giorni tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e svolgimento di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico”*.

A differenza del caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del d.lgs. 39/2013.

Le cause di incompatibilità possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro.

Qualora nel corso del rapporto venga riscontrata una causa di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato che, previo contraddittorio, deve provvedere a rimuovere la causa ostativa entro 15 giorni a pena di decadenza dall'incarico e di risoluzione del relativo contratto (art. 19 d.lgs. 39/2013).

Gli interessati sono tenuti ad attestare l'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità mediante dichiarazione annuale, da effettuare ai sensi dell'art. 20 del citato d.lgs. 39/2013:

- All'atto del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000;
- Con cadenza annuale, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico, e tempestivamente, su richiesta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nel corso del rapporto.
- Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane è tenuto ad assicurare che:
- Gli atti di conferimento degli incarichi debbano espressamente prevedere che la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013 costituisca condizione di efficacia dell'incarico e che la violazione dell'obbligo della dichiarazione che l'interessato è tenuto a rendere annualmente o tempestivamente, su richiesta o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la decadenza dall'incarico.
- Negli interpellati per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le clausole di incompatibilità.

Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane è tenuto ad acquisire il 100% delle autocertificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000 e ad effettuare verifiche a campione (ex art. 71 del DPR 445/2000) nella misura del 20% nell'anno 2024, del 30% nell'anno 2025, del 40% nell'anno 2026. Di tali verifiche deve relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione indicando il numero di autocertificazioni acquisite e controllate, l'esito dei controlli, e i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza della causa di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato. La riscontrata sussistenza di una situazione di inconferibilità/incompatibilità deve essere tempestivamente comunicata al Responsabile della prevenzione della corruzione che ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. 39/2013 provvede a segnalare i possibili casi di violazione all'ANAC nonché alla Corte dei conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il RPCT, nell'ambito dei controlli di secondo livello, in caso di inerzia, relaziona all'OIV, al Direttore Generale e all'Autorità competente e contestualmente provvederà ad effettuare le dovute verifiche nella percentuale minima sopra indicata. Verifiche a campione ulteriori potranno comunque essere effettuate dal RPCT, di sua iniziativa, nell'ambito dell'attività di controllo e monitoraggio.

e. Formazione

La strategia di contrasto al fenomeno corruttivo, come si ricava dalla Legge n. 190/2012 si basa su tre pilastri, di cui uno, la formazione, costituisce il presupposto imprescindibile per il successo degli altri due. L'effettiva incisività delle misure di prevenzione di eventi di *maladministration*, ed il rafforzamento di rimedi di tipo repressivo, ispettivo e di controllo, postulano la promozione di una diffusa cultura della legalità e del rispetto delle regole. Pertanto la formazione costituisce il più rilevante strumento di contrasto ad atti o comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nella legalità e imparzialità della PA e di chi vi opera. Alla formazione programmata si auspica possa aggiungersi anche quella svolta nell'ambito di incontri frontali promossa con le Unità Operative interessate in merito alla valutazione del rischio e l'individuazione delle misure atte a prevenirlo.

Nel 2023 è stata registrata una discreta partecipazione dei dipendenti al corso in materia di prevenzione della corruzione rivolto a tutto il personale e al riguardo continuerà l'opera di sensibilizzazione del RPCT per ottenere una più diffusa partecipazione, monitorando i risultati conseguiti. Nel corso del 2024 sarà espletata un'attività formativa, rivolta a tutti i dipendenti, destinata ad approfondire innanzitutto la conoscenza del Codice di Comportamento e poi anche le problematiche connesse al conflitto di interessi, congiuntamente alla materia disciplinare e al tema degli incarichi extra-istituzionali, con esame anche di casi concreti, allo scopo di diffondere consapevolezza riguardo all'obbligo di astensione, alle conseguenze derivanti dalla violazione e ai comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi.

In fase di analisi del fabbisogno formativo e di valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione aziendale viene garantito il necessario collegamento tra il presente Piano e quello Aziendale di Formazione (PAF). Si individua dunque quale misura la seguente:

Tab.88

<i>Area a Rischio</i>	<i>Processo a cui applicare uguali misure di prevenzione</i>	<i>Misure di prevenzione</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Soggetto responsabile</i>	<i>Tempistica</i>	<i>Indicatori/Monitoraggio</i>
Tutte	Tutti i processi aziendali	Elaborazione PAF in coerenza con la presente sezione	Sviluppare la cultura dell'etica e della legalità	U.O. Coordinamento alla Formazione e RPCT	Scadenza approvazione PAF	Coordinamento strumenti programmazione ed eventi formativi svolti

f. Obblighi di trasparenza

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce sia livello essenziale delle prestazioni sia un fondamentale strumento di diffusione della cultura della legalità, e di prevenzione di comportamenti che si discostano dal perseguimento dell'interesse pubblico.

Attraverso la pubblicazione on line di dati, documenti e informazioni, l'Azienda consente l'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento dei soggetti esterni assolvendo all'obbligazione di garanzia nei confronti del cittadino.

L'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, da parte dei Direttori delle UU.OO. coinvolte, secondo la tabella "Allegato 3" sezione "Amministrazione trasparente" - *elenco degli obblighi di pubblicazione* - è ritenuto obiettivo primario e strategico dell'Azienda, in relazione a quanto previsto dall'art. 8 comma 1 della legge 190/2012e s.m.i., ed è confermato l'obiettivo aziendale di prosecuzione della progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme, per conseguire gradualmente la completezza delle informazioni, la qualità dei dati ed il relativo aggiornamento, anche nel rispetto delle indicazioni e suggerimenti dell'OIV aziendale.

Tab.89

<i>Area a Rischio</i>	<i>Processo a cui applicare uguali misure di prevenzione</i>	<i>Misure di prevenzione</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Soggetto responsabile</i>	<i>Tempistica</i>	<i>Indicatori/Monitoraggio</i>
Tutte	Tutti i processi aziendali	Trasparenza	Accessibilità delle informazioni	RPCT	Entro il 31.01 di ogni anno o altra data comunicata da ANAC	Aggiornamento e Pubblicazione Sezione Trasparenza PIAO

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

Normativa di riferimento:

- Art. 35 bis D. Lgs.165/2001 aggiunto dall'art.1 comma 46 della Legge190/2012;
- Art.1 commi 3,15,17,18,20 L.190/2012 capo II D.lgs. 39/2013;
- Delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 "indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara".

Con la nuova normativa di cui all'art. 35 bis D. Lgs.165/2001, aggiunto dall'art.1 comma 46 della Legge190/2012 (da ultimo modificato dall'art. 1, comma 1, legge n. 79 del 2022) sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 introdotto dall'art.1, comma 46 della legge 190/2012, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale:

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

- Non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- Non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

A norma del D.lgs. 39/2013

- In generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza di condanna, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna con sentenza di primo grado o di appello per le quali non siano decorsi i termini di impugnativa);
- La specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis, riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative);
- In base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- La situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Con la delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 sono state date alcune indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara.

I Dirigenti dell'area appalti e il dirigente responsabile della S.C. Gestione risorse umane nonché tutti i responsabili di tutte le articolazioni aziendali in presenza di situazioni di specie sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- All'atto della formazione di commissioni per l'affidamento di commesse o di concorsi;
- All'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 3 del D.lgs. 39/2013;
- All'atto dell'assegnazione di dipendenti agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato. Sulle autocertificazioni acquisite i Dirigenti delle strutture provvedono ad effettuare controlli a campione. Se all'esito della verifica risultano precedenti penali per delitti contro la P.A. l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e lo conferisce ad altro soggetto e applica le misure previste dall'art. 3 del D.lgs. 39/13.

I responsabili delle strutture interessate e il Direttore della S.C. Gestione risorse umane sono tenuti ad acquisire le autocertificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000 e ad effettuare verifiche a campione (ex art. 71 del DPR 445/2000) nella misura del 20% nell'anno 2024, del 30% nell'anno 2025, del 40% nell'anno 2026.

Di tali verifiche dovranno relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione indicando il numero di autocertificazioni acquisite e controllate, l'esito dei controlli, e i provvedimenti adottati in caso di

accertata sussistenza della causa di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato.

La riscontrata sussistenza di una situazione di incompatibilità o di non veridicità della dichiarazione resa dall'interessato, deve essere tempestivamente comunicata al Responsabile della prevenzione della corruzione che ai sensi dell'art. 15 del D.lgs. 39/2013 provvede a segnalare i possibili casi di violazione all'ANAC nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il RPCT, nell'ambito dei controlli di secondo livello, in caso di inerzia, relaziona all'OIV, al Direttore Generale e all'Autorità competente e contestualmente provvederà ad effettuare le dovute verifiche nella percentuale minima sopra indicata.

Verifiche a campione ulteriori potranno comunque essere effettuate dal RPCT, di sua iniziativa, nell'ambito dell'attività di controllo e monitoraggio.

4.2.4 Pantouflage

Il termine *Pantouflage* indica il passaggio dei dipendenti dal settore pubblico a quello privato. Tale fenomeno, se non correttamente disciplinato, potrebbe in alcuni casi rivelarsi rischioso per l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni. Il legislatore nazionale è intervenuto in materia introducendo, con la L. 190/2012, un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. La norma prevede il divieto, a carico dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della pubblica amministrazione, di prestare attività lavorativa o professionale per i destinatari di provvedimenti adottati o per le parti di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione della norma sono nulli e i soggetti privati non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti. Nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013. Sono, infatti, assimilati ai dipendenti della PA anche i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 espressamente indicati all'art. 1, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni.

Presupposto perché vi sia *Pantouflage* è l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico, inteso nei sensi sopra delineati. L'Autorità ha avuto già modo di chiarire che il potere autoritativo della pubblica amministrazione implica l'adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Si ritiene, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale.

Cosa si intende per attività lavorativa o professionale in destinazione? L'applicazione della disciplina sul *Pantouflage* comporta che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

Anche con riferimento a tale espressione, l'Autorità ha valutato sia da preferire un'interpretazione ampia. L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

- Rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato
- Incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

Sono esclusi dal *Pantouflage* gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata.

Come già previsto nei PNA delle annualità precedenti, il Piano per il triennio 2023-2025 ribadisce che le pubbliche amministrazioni sono tenute a prevedere nei propri piani anticorruzione e nella sezione

anticorruzione e trasparenza del PIAO adeguati strumenti e modalità per assicurare il rispetto di tale istituto anche attraverso un'attività di verifica.

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta è intervenuta in materia, come già indicato nel PIAO precedente, con misure di seguito sintetizzate

- Previsione del divieto di Pantouflage nel Codice di Comportamento aziendale, approvato con delibera n. 98 del 22.01.2024 (articolo 14 comma 9 *"I dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri."*)
- Previsione nel citato codice di specifiche conseguenze sanzionatorie, in linea con quanto suggerito dall'ANAC con Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 ad oggetto "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al PNA 2016"(art. 14 comma 9 del citato codice di comportamento *"I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del predetto divieto sono nulli, inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti."*)
- Previsione nei contratti di assunzione del personale, nei contratti individuali di lavoro riferiti a dipendenti, sia a tempo determinato che indeterminato ovvero relativi a incarichi di vertice e/o dirigenziali/ direttoriali, della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa o professionale per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, a favore di soggetti privati nei cui confronti siano stati esercitati poteri autoritativi o negoziali nell'ultimo triennio.
- Previsione nell'atto di cessazione del rapporto di lavoro di una specifica clausola informativa sul divieto, per il soggetto cessando, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l'ASL di Caserta, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati nei confronti dei quali abbia esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione;
- Previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. Ugualmente, al momento della sottoscrizione del contratto (o di atto analogo) il soggetto affidatario dovrà rendere la dichiarazione di cui sopra. Per tale ragione la stessa dovrà essere inserita mediante la previsione di un apposito articolo nello schema di contratto ovvero in caso di sottoscrizione di atto analogo potrà anche essere acquisita apposita dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

In linea con quanto previsto dall'ANAC, giusta Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, l'Azienda introduce le seguenti misure:

- Previsione del dovere per il dipendente di sottoscrivere, entro un determinato termine ritenuto idoneo dall'amministrazione (ad esempio tre anni prima della cessazione dal servizio), previa comunicazione via PEC da parte dell'amministrazione, una dichiarazione con cui il dipendente prende atto della disciplina del Pantouflage e si assume l'impegno di rispettare il divieto di Pantouflage. Ciò anche allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.
- Dichiarazione da rendere una tantum o all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di Pantouflage, nei confronti dei soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013.
- Inserimento nel modello di comunicazione di recesso volontario dal servizio da parte del dipendente nonché nel provvedimento di presa d'atto del recesso da parte dell'Azienda del divieto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. 165/2001 (clausola di pantouflage) di prestare, nei tre anni

successivi alla cessazione del rapporto con l'ASL, attività lavorativa a qualsiasi titolo a favore dei destinatari di provvedimenti autoritativi adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente stesso. Questa misura va applicata anche agli incaricati equiparati ai dipendenti per effetti dell'art. 21, d.lgs. 39/13;

- Promozione da parte del RPCT di specifiche attività di approfondimento, formazione e sensibilizzazione sul tema;
- Previsione di specifici percorsi formativi in materia di Pantouflage per i dipendenti in servizio o per i soggetti esterni nel corso dell'espletamento dell'incarico;
- Attivazione di verifiche da parte del RPCT. Il RPCT è chiamato alla verifica della corretta attuazione delle misure, anche attraverso attività volte ad acquisire informazioni utili in merito al rispetto del divieto di Pantouflage. Come per le altre misure, il RPCT può e deve avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione per lo svolgimento dei propri compiti. Il RPCT svolge una funzione consultiva di supporto, quale ausilio all'interno dell'Azienda per chiarire, anche a seguito di richiesta da parte del dipendente pubblico che sta per cessare dal servizio, quali siano le eventuali ipotesi di violazione del divieto con riguardo all'attività esercitata presso l'Azienda di appartenenza. A tal fine, il RPCT può raccogliere elementi, valutazioni e informazioni utili attraverso l'interlocuzione con gli uffici o le strutture interne, anche di controllo o con compiti ispettivi. Resta ferma la facoltà di rivolgersi ad ANAC per un parere in merito a determinate fattispecie, qualora permangano dubbi sulla corretta applicazione della norma.

h.1 Modello operativo per la verifica sul divieto di Pantouflage:

Acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di Pantouflage.

Gli uffici competenti per materia, quali l'Ufficio risorse umane o gli uffici che si occupano di contratti pubblici:

- Inseriscono all'interno dei contratti di assunzione del personale specifiche clausole anti-Pantouflage;
- l'Ufficio personale richiede a tutti i dipendenti che cessano dal servizio (per quiescenza o per dimissioni), la dichiarazione di impegno a rispettare il divieto di Pantouflage e l'acquisiscono agli atti, nel relativo fascicolo personale;
- Acquisiscono anche la dichiarazione dell'operatore economico - in base all'obbligo previsto all'interno dei bandi o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici - di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità;
- Gli uffici competenti (GRU ed uffici che si occupano di contratti) trasmettono al RPCT un report a fine anno contenente l'elenco del personale cessato e degli operatori economici con specifica attestazione di acquisizione della dichiarazione

Verifiche in caso di omessa dichiarazione

Gli uffici competenti per materia, quali l'Ufficio risorse umane, verificherà, in via prioritaria, se tutti gli ex dipendenti abbiano reso la dichiarazione d'impegno. La verifica riguarderà il 100% degli ex dipendenti inadempienti. Nell'ambito delle proprie verifiche, l'Azienda può raccogliere informazioni utili ai fini della segnalazione ad ANAC circa l'eventuale violazione del divieto di Pantouflage, anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali (ad es. banca dati dipendenti centri convenzionati/accreditati). Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa il rispetto del divieto di Pantouflage, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmette ad ANAC una segnalazione qualificata.

Verifiche nel caso in cui il dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno

Per questa situazione si procederà alla verifica di un campione minimo del 30% di ex dipendenti, secondo le modalità di cui al punto b. Laddove l'ex dipendente comunichi all'amministrazione, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro, l'amministrazione effettua verifiche circa tale comunicazione al fine di valutare se siano stati integrati gli estremi di una violazione della

norma sul Pantouflage. Tali verifiche potranno avvenire anche tramite la eventuale consultazione delle BD già citate (cfr. punto b) e mediante interlocuzione con l'ex dipendente che abbia trasmesso la comunicazione. Tali verifiche riguarderanno almeno il 30% delle dichiarazioni pervenute.

Verifiche in caso di segnalazione/notizia circostanziata di violazione del divieto

Nel caso in cui pervengano segnalazioni circa la violazione del divieto di Pantouflage da parte di un ex dipendente, al fine di scoraggiare segnalazioni fondate su meri sospetti o voci o contenenti informazioni del tutto generiche, il RPCT prende in esame solo quelle ben circostanziate. Qualora la segnalazione riguardi un ex dipendente che abbia reso la dichiarazione il RPCT- ferma restando la possibilità di consultare le banche dati disponibili presso l'amministrazione - previa interlocuzione con l'ex dipendente, può trasmettere una segnalazione qualificata ad ANAC. Nell'ipotesi in cui, invece, non sia stata resa detta dichiarazione, il RPCT, innanzitutto sente l'ex dipendente e, se necessario, procede secondo quanto indicato al punto b.

4.2.5 Whistleblowing

Il D. Lgs. 24/23 impone agli Enti l'obbligo di predisporre specifici canali di segnalazione

Linee Guida in materia di Whistleblowing

Parte I – Elementi generali del whistleblowing

Art.1 - Premessa

La segnalazione di illeciti (whistleblowing) è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", con la finalità di rendere effettiva la tutela dell'integrità delle Pubbliche amministrazioni attraverso la denuncia di chi ha la possibilità di conoscere condotte illecite poste in essere sul luogo di lavoro: la segnalazione di illeciti è uno degli strumenti, insieme al Piano per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, il Codice di comportamento, i codici etici ecc., volti ad evitare il compimento di illeciti e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari, a presidio dell'interesse collettivo. È la legge n. 190 del 2012, precisamente dall'articolo 1 comma 51, con l'introduzione dell'articolo 54 bis al Decreto legislativo 165 del 2001, che ha previsto che il pubblico dipendente che denuncia condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria diretta o indiretta avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Con legge 30 novembre 2017 n.179, recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" è stata rafforzata la tutela del dipendente pubblico che, nell'interesse dell'integrità della Pubblica Amministrazione, segnala al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) o denuncia all'Autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Il dipendente pubblico che segnala un illecito non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. La denuncia, inoltre, è sottratta all'accesso documentale previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241.

Il principio della tutela della riservatezza dell'identità del dipendente autore della segnalazione è garantito anche da altri accorgimenti che le pubbliche amministrazioni devono adottare in base al Piano nazionale anticorruzione (PNA).

Il D.lgs. n.24 del 10 marzo 2023 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", in attuazione della Direttiva UE 2019/1937 del 23 ottobre 2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazione del diritto dell'Unione, ha innovato la precedente normativa, ampliando le tutele in caso di segnalazione di illeciti, estendendo l'ambito applicativo soggettivo e prevedendo procedure ulteriori per preservare i soggetti segnalanti da possibili ritorsioni.

Il presente regolamento disciplina l'istituto della segnalazione d'illeciti (whistleblowing) all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta.

Art.2 - Definizioni

- a. "Azienda" – "Amministrazione": Azienda Sanitaria Locale Caserta;
- b. "Facilitatore": persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
- c. "Whistleblower": Dipendente pubblico, lavoratore subordinato di soggetto del settore privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.;
- d. "Whistleblowing": Istituto di tutela del dipendente pubblico, del lavoratore subordinato privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.
- e. "Persona coinvolta": La persona fisica o giuridica menzionata nella segnalazione interna o esterna ovvero nella divulgazione pubblica come persona alla quale la violazione è attribuita o come persona comunque implicata nella violazione segnalata o divulgata pubblicamente;
- f. "Segnalazione": La comunicazione scritta od orale, delle informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse o che, sulla base di elementi concreti, potrebbero essere commesse nell'organizzazione con cui la persona segnalante o colui che sporge denuncia all'autorità giudiziaria o contabile intrattiene un rapporto giuridico come previsto dal d.lgs. 24/2023, nonché gli elementi riguardanti condotte volte ad occultare tali violazioni;
- g. "Divulgazione pubblica": Rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone;
- h. "Contesto lavorativo": Le attività lavorative o professionali, presenti o passate, in ragione delle quali, indipendentemente dalla loro natura, un soggetto acquisisce informazioni sulle violazioni e nel cui ambito potrebbe rischiare di subire ritorsioni in caso di segnalazione o di divulgazione pubblica o di denuncia all'autorità giudiziaria o contabile. Deve, comunque, trattarsi di attività svolte dai soggetti che hanno instaurato con l'ente del settore pubblico uno di quei rapporti di natura lavorativa o professionale espressamente indicati dal legislatore nel D.lgs. n. 24/2023;
- i. "Indici sintomatici": irregolarità e anomalie che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una violazione prevista nel decreto legislativo 10 marzo 2023, n.24;
- j. "Key code": codice univoco generato automaticamente dalla piattaforma in uso all'Amministrazione per segretare le segnalazione.

Art.3 – Scopo

Scopo delle Linee guida è quello di dettare una compiuta regolamentazione in materia di segnalazioni di condotte illecite pervenute all'Azienda Sanitaria Locale Caserta, prevedere le modalità operative e i soggetti destinatari e definire il possibile contenuto ed oggetto della segnalazione e i compiti conseguenti per le Strutture aziendali ed i Responsabili delle strutture interessate dalla segnalazione.

La finalità è altresì quella di garantire la concreta ed effettiva attuazione delle tutele previste dalla legge per i dipendenti che consentono l'emersione di eventuali irregolarità o illeciti commessi in Azienda, permettendo di adottare tempestivamente le misure organizzative necessarie.

Art.4 - Ambito soggettivo di applicazione (art. 3 del d.lgs. 24/2023)

Le tutele previste dalla normativa vigente si applicano, anche in ottemperanza alle novità normative introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n.24:

- Ai dipendenti a tempo determinato o indeterminato dell'Azienda;
- Ai lavoratori e collaboratori di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda;
- Lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- Collaboratori, liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso l'Azienda;
- Volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti;
- Persone con funzione di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza (es. componenti degli Organismi Interni di Valutazione).

Le informazioni sulle violazioni devono essere apprese nel contesto lavorativo del segnalante, del denunciante o di chi divulga pubblicamente e devono riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.

La tutela è riconosciuta, oltre ai soggetti suddetti che effettuano segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche, anche a quei soggetti che potrebbero essere destinatari di ritorsioni, intraprese anche indirettamente, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, o del particolare rapporto che li lega al segnalante o denunciante.

Rientrano nelle figure tutelate, in particolare:

1. **Il facilitatore** o meglio la persona fisica che assiste il segnalante, denunciate o chi effettua una divulgazione pubblica, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui identità deve essere mantenuta riservata. A titolo esemplificativo, il facilitatore potrebbe essere il collega dell'ufficio del segnalante;
2. **Persone del medesimo contesto lavorativo** del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica e che sono legate ad esso da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado. Proprio in ragione di tale rete di rapporti e relazioni interpersonali, più persone potrebbero essere a rischio di subire ritorsioni in ragione della segnalazione effettuata nel medesimo contesto lavorativo. Presupposto per l'applicazione delle tutele in tali casi è l'esistenza di uno stabile legame affettivo (ad esempio di convivenza) o di parentela entro il quarto grado con il whistleblower;
3. **Colleghi di lavoro** che lavorano nel medesimo contesto lavorativo e hanno con il soggetto segnalante, denunciate o che effettua una divulgazione pubblica un rapporto abituale e corrente.

La tutela di tutti i soggetti elencati si applica non soltanto se la segnalazione avviene in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche durante il periodo di prova e anteriormente o successivamente alla cessazione del rapporto se, rispettivamente, le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali ovvero nel corso del rapporto di lavoro.

Art.5 - Ambito oggettivo di applicazione (art. 1 e art. 2 del D.Lgs.24/2023)

Il presente regolamento disciplina la protezione dei dipendenti (whistleblower) che segnalano violazioni di disposizioni nazionali/europee/aziendali che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Azienda, di cui di cui il soggetto sia venuto a conoscenza in occasione e/o a causa dello svolgimento delle sue mansioni, seppure in modo causale. In particolare, il legislatore specifica che le informazioni sulle violazioni devono riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nell'ambito del contesto lavorativo. Il presupposto per effettuare una segnalazione è l'esistenza di una relazione qualificata tra il segnalante e l'Azienda, che riguarda attività lavorative professionali presenti o anche passate.

Possono essere segnalate, inoltre, anche le violazioni non ancora commesse che il whistleblower, ragionevolmente, ritiene potrebbero essere effettuate sulla base di elementi concreti (indici sintomatici). Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune condotte che potrebbero essere oggetto di segnalazione:

- 1-Irregolarità e utilizzo distorto del potere discrezionale nell'ambito di procedure di affidamento di contratti pubblici;
- 2-Accessi indebiti agli applicativi informatici;

- 3-Utilizzo improprio di istituti di tutela del dipendente (malattia, permessi sindacali, congedi ecc.);
- 4-Irregolarità nell'attestazione delle presenze in ufficio;
- 5-Irregolarità nello svolgimento di procedimenti amministrativi che comportano uno scorretto utilizzo dell'esercizio del potere discrezionale a fini meramente privati, in contrasto con il fine pubblico;
- 6-Rapporti e frequentazioni inopportune tra dipendenti e soggetti esterni (contribuenti, utenti, consulenti, collaboratori, fornitori, operatori economici, ecc.) per il raggiungimento di fini privati mediante l'abuso della posizione pubblica attribuita;
- 7-Autorizzazione e liquidazione indebita di spese relative al personale;
- 8-Favoritismi;
- 9-False dichiarazioni;
- 10-Mancato rispetto dei tempi procedurali;
- 11-Procedure concorsuali non trasparenti;
- 12-Violazione delle norme sulla sicurezza del lavoro.

Sono escluse dall'applicazione della normativa le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico.

La violazione segnalabile non può consistere in una mera irregolarità (es. comportamenti impropri da parte di un funzionario pubblico). Tuttavia, le irregolarità possono costituire "elementi concreti" (indici sintomatici) tali da far ritenere al segnalante che potrebbe essere commessa una violazione prevista dal decreto. Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già di dominio pubblico nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni non attendibili (cd. voci di corridoio).

Art. 6 - Segnalazioni anonime

Le segnalazioni dalle quali non è invece possibile ricavare l'identità del segnalante sono considerate anonime. Le segnalazioni anonime, ove circostanziate, sono equiparate a segnalazioni ordinarie e conseguentemente, per quanto compatibile, sono trattate applicando la presente procedura.

Non può essere pertanto, ignorata una segnalazione qualificata e ben circostanziata, fermo restando che durante le fasi di accertamento non si avrà l'onere di tutelare un soggetto che ha scelto di non rivelare la propria identità. Nei casi di segnalazione e denuncia anonima, la persona, successivamente identificata, che abbia subito ritorsioni, può beneficiare delle misure di protezione per le ritorsioni (art. 16 del D.lgs. 24/23).

Art. 7 - Elementi e caratteristiche delle segnalazioni

La segnalazione deve contenere tutti gli elementi utili ad accertare la fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione, onde consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute verifiche.

In particolare, la segnalazione deve contenere:

- le generalità del soggetto che effettua la segnalazione, la denuncia o la divulgazione pubblica con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'Ente;
- una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione, indicando luogo e tempo in cui i fatti si sono svolti;
- l'autore del fatto (indicando i dati anagrafici, se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento utile all'identificazione);
- eventuali altri soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo;
- eventuali documenti e/o ogni altra informazione che possano confermare la fondatezza dei fatti esposti.
- In calce alla segnalazione deve essere apposta la data e la firma del segnalante.

Si ricorda che non possono essere prese in considerazione le segnalazioni prive degli elementi ritenuti essenziali, quali la descrizione dei fatti, quelle accompagnate da una descrizione tale da non consentire la comprensione dei fatti segnalati o corredate da documentazione non appropriata o inconferente.

Qualora il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, l'invio della presente segnalazione non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria (o ad altre autorità che abbia obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria) i fatti penalmente rilevanti di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.

Resta fermo che, laddove il soggetto denunci un reato all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 361 o 362 c.p. (obbligo di denuncia per i reati punibili d'ufficio) e poi venga discriminato per via della segnalazione, potrà beneficiare delle tutele dalle misure ritorsive previste dal D.lgs. n. 24/2023.

Parte II - Canali e modalità di presentazione delle segnalazioni

Art. 8 - Canale di segnalazione interna (art. 4 del D.Lgs.24/2023)

Il legislatore con l'intento, da un lato, di favorire una cultura della buona comunicazione e della responsabilità sociale d'impresa all'interno delle organizzazioni e, dall'altro, di fare in modo che i segnalanti, facendo emergere atti, omissioni e condotte illecite, contribuiscano significativamente al miglioramento della propria organizzazione, ha previsto l'istituzione presso ciascuna amministrazione di un canale interno di segnalazione degli illeciti che possono essere identificati come "whistleblowing".

L'Azienda, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente ha attivato un canale interno telematico per la trasmissione e la gestione delle segnalazioni, raggiungibile al seguente link:

<https://whistleblowing.aslcaserta.it/#/>

La Piattaforma adottata, già in uso all'ANAC, consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per il Responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza (RPCT), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità.

Ciò è possibile, grazie all'utilizzo di un protocollo di crittografia che garantisce il trasferimento di dati in totale riservatezza. Le segnalazioni, infatti, vengono segregate dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato automaticamente dal predetto sistema ("key code"), potrà comunicare con il RPCT senza essere identificabile.

Il sistema di crittografia, come previsto dalle recenti modifiche normative introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, tutela la riservatezza non solo della persona segnalante, ma anche del facilitatore, delle persone coinvolte, dei soggetti menzionati nella segnalazione, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

La gestione della segnalazione è affidata al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT). L'attività del gestore è di seguito sintetizzata:

- Rilascia al segnalante un avviso di ricevimento della segnalazione, entro sette giorni dalla ricezione;
- Mantiene le interlocuzioni con la persona segnalante;
- Dà un corretto riscontro alle segnalazioni ricevute;
- Fornisce un riscontro alla persona segnalante.

Qualora la segnalazione interna sia presentata ad un soggetto diverso dal RPCT, laddove il segnalante dichiara espressamente di voler beneficiare delle tutele in materia whistleblowing o tale volontà sia desumibile dalla segnalazione, quest'ultima va trasmessa, entro sette giorni dal suo ricevimento, al soggetto interno competente (RPCT), dando contestuale notizia della trasmissione alla persona segnalante. Il soggetto che ha erroneamente ricevuto la segnalazione deve mantenere la riservatezza sulla segnalazione ricevuta, sul contenuto, sulla relativa documentazione e in particolare sull'identità del segnalante, della/e persone coinvolta/e o comunque menzionata/e nella segnalazione e di qualsiasi altra informazione conosciuta con la medesima, conservando la segnalazione in busta chiusa dentro un apposito raccoglitore, archiviato in un armadio chiuso a chiave, sino al momento della trasmissione a mani proprie al RPCT.

Diversamente, se il segnalante non dichiara espressamente di voler beneficiare delle tutele, o detta volontà non sia desumibile dalla segnalazione, detta segnalazione è considerata quale segnalazione ordinaria.

In conformità con quanto previsto dalla normativa:

-L'Amministrazione ha pubblicato sul sito istituzionale sezione "Amministrazione trasparente – Altri contenuti" una sezione dedicata alla segnalazione degli illeciti, raggiungibile al seguente link: <https://www.aslcaserta.it/index.php/whistleblowing/>. Nella sezione sono indicate le informazioni utili per un corretto utilizzo del canale interno ed esterno di segnalazione;

-Nel Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO) sono individuate le modalità con le quali l'Azienda attua la disciplina in materia (nel PIAO 2024-2026 sez. "Rischi corruttivi e Trasparenza – Piano Triennale Prevenzione della Corruzione"- con adozione del "Regolamento Aziendale in materia di whistleblowing");

-L'Amministrazione consente che la segnalazione avvenga con canali alternativi, ed in particolare, in forma scritta con l'invio di una pec o in forma orale attraverso appuntamento con il RPCT, precedentemente programmato su richiesta della persona segnalante.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- a) **mediante invio all'indirizzo di posta elettronica** trasparenza@aslcaserta.it In tal caso, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT);
- b) **a mezzo servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.** In tal caso, per garantire la riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse:
 - c) la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento (Modulo A);
 - d) la seconda con i dati relativi alla segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione (Modulo B);
- e) entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "Riservata – Whistleblowing" ed indirizzata al RPCT. Tali comunicazioni verranno acquisite al protocollo generale dell'Azienda, con l'opzione "riservata", tramite scansione e registrazione solo dell'involucro esterno, che verrà poi trasmesso senza ritardo al RPCT;
- c) **in forma orale**, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto con il RPCT fissato entro un termine di sette giorni dalla richiesta. In tal caso la segnalazione, previo consenso della persona segnalante, è documentata a cura del RPCT mediante verbale.

Ciascuna segnalazione sarà annotata in apposito registro tenuto dal RPCT e ad essa verrà assegnato, anche ai fini della successiva trattazione, un codice identificativo alfa-numerico.

In caso di conflitto di interessi, anche solo apparente o potenziale, il RPCT si astiene dalla trattazione dell'evento, ne dà comunicazione al Direttore Generale e inoltra la segnalazione ricevuta all'ANAC.

Art.9 - Canale di segnalazione esterno presso ANAC (art. 7 del d.lgs.24/2023)

Fermo restando la preferenza per il canale interno di segnalazione, il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, prevede che i dipendenti del settore pubblico possono effettuare segnalazione tramite un canale esterno gestito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Le condizioni per ricorrere al canale esterno presso ANAC sono le seguenti:

- Canale interno non attivato o attivato, ma non conforme a quanto previsto dal legislatore in merito ai soggetti e alle modalità di presentazione delle segnalazioni;
- È già stata effettuata una segnalazione interna, ma non ha avuto seguito;
- Il segnalante ha fondati motivi per ritenere che se effettuasse una segnalazione interna alla stessa non sarebbe dato efficace seguito o questa potrebbe determinare rischio di ritorsione;
- Il segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

La segnalazione può essere attuata seguendo le indicazioni pubblicate sul sito della stessa Autorità al link: <https://whistleblowing.anticorruzione.it>

Art.10 - La divulgazione pubblica (art. 15 D.Lgs.24/2023)

Il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, ha introdotto un'ulteriore modalità di segnalazione consistente nella divulgazione pubblica. Si tratta del caso in cui le informazioni sulle violazioni sono rese di pubblico dominio tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque attraverso mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone.

Le condizioni per poter effettuare una divulgazione pubblica sono:

- L'assenza di riscontro ad una segnalazione interna alla quale abbia fatto seguito una segnalazione ANAC la quale, a sua volta, non ha avuto riscontro entro termini ragionevoli;
- L'assenza di riscontro ad una segnalazione ad ANAC entro termini ragionevoli;
- Fondati motivi di ritenere sulla base delle circostanze concrete che la violazione possa rappresentare un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- Fondati motivi di ritenere che la segnalazione possa comportare il rischio di ritorsioni oppure non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte le prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

Art.11 – Segnalazione all'Autorità Giudiziaria

Le segnalazioni di illecito possono essere inoltrate anche alle Autorità Giudiziarie.

Come già ribadito, qualora il whistleblower rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, anche laddove lo stesso abbia effettuato una segnalazione attraverso i canali interni o esterni, ciò non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale (art.331 c.p.p. e artt. 361 e 362 c.p.).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione rilascia alla persona segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione e valuta preliminarmente i requisiti essenziali di ammissibilità verificando, in sede istruttoria, la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione attraverso ogni attività che si ritiene opportuna, compresa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati, chiedendo documenti e informazioni ulteriori nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza. Laddove è necessario può anche acquisire atti e documenti da altri uffici dell'amministrazione e avvalersi del loro supporto.

La segnalazione è considerata inammissibile per:

- Manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare accertamenti;
- Contenuto generico tale da non consentire la comprensione dei fatti, ovvero la segnalazione è corredata da documentazione non appropriata o inconferente;
- Produzione di sola documentazione in assenza della segnalazione di violazione;
- Mancanza dei dati che costituiscono elementi essenziali (vedi par. 5) della segnalazione di cui al modello di segnalazione allegato alla presente procedura.

Il termine per l'esame preliminare della segnalazione, da cui consegue l'avvio dell'istruttoria, è di quindici giorni lavorativi che decorrono dalla data di ricezione della segnalazione. Successivamente il RPCT avvia l'istruttoria interna sui fatti o sulle condotte segnalate per valutare la sussistenza degli stessi, fornendo un riscontro alla persona segnalante dopo la chiusura dell'istruttoria.

Il riscontro deve essere effettuato entro il termine di tre mesi dalla ricezione della segnalazione e può consistere:

- nella comunicazione dell'archiviazione adeguatamente motivata;
- nell'avvio di un'inchiesta interna ed eventualmente nelle relative risultanze;
- nel rinvio a un'autorità competente per ulteriori indagini.

Nella attività di gestione e verifica della fondatezza della segnalazione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali competenti e all'occorrenza formalmente individuate, e - se necessario - degli organi di controllo esterni all'Azienda. Non spetta al RPCT accertare responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano, né svolgere controlli di legittimità e di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione. Le strutture aziendali, coinvolte nella fase istruttoria sono tenute agli stessi vincoli di riservatezza ed alle stesse responsabilità cui è sottoposto il RPCT. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvederà, in relazione alla natura della segnalazione, a trasmettere l'esito dell'accertamento per approfondimenti istruttori o per l'adozione dei provvedimenti di competenza:

- a) all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché al Responsabile dell'unità organizzativa di appartenenza dell'autore della violazione, affinché sia espletato, ove ne ricorrano i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare;
- b) alla Direzione Generale dell'Azienda, per le ulteriori eventuali azioni che si rendano necessarie a tutela dell'Azienda;
- c) se del caso, all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei conti e all'ANAC.

Tuttavia, occorre precisare che il medesimo riscontro, da rendersi nel termine di tre mesi, può anche essere meramente interlocutorio, poiché possono essere comunicate le informazioni relative a tutte le attività sopra descritte che si intende intraprendere e lo stato di avanzamento dell'istruttoria.

È importante consentire al segnalante di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria, fornendo informazioni sullo stato di avanzamento.

La persona segnalata può essere sentita, anche dietro sua richiesta, mediante procedimento cartolare attraverso l'acquisizione di osservazioni scritte e documenti. Tale soggetto non ha il diritto di essere sempre informato della segnalazione che lo riguarda, ma solo nell'ambito del procedimento eventualmente avviato

nei suoi confronti a seguito della conclusione della gestione della segnalazione e nel caso in cui tale procedimento sia fondato in tutto o in parte sulla segnalazione (art. 12, co. 9, del D.lgs. 24/2023).

Parte III – Tutele e misure di sostegno

Art.12 – Tutela della riservatezza

L'identità della persona segnalante, facilitatore, della persona coinvolta e della persona menzionata dalla segnalazione, non possono essere rivelate senza il consenso espresso delle stesse, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni. Non possono essere rivelate, inoltre, le informazioni da cui può evincersi direttamente o indirettamente tali identità.

La riservatezza viene garantita anche nel caso di segnalazioni - interne o esterne - effettuate in forma orale. Il divieto di rivelare l'identità del segnalante, o altro soggetto tutelato, è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante ma anche a qualsiasi altra informazione o elemento della segnalazione, ivi inclusa la documentazione ad essa allegata, dal cui disvelamento si possa dedurre direttamente o indirettamente l'identità.

In due casi espressamente previsti dal decreto, per rivelare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati, oltre al consenso espresso degli stessi, si richiede anche una comunicazione scritta delle ragioni di tale rivelazione:

- nel procedimento disciplinare laddove il disvelamento dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa del soggetto a cui viene contestato l'addebito disciplinare;

- nei procedimenti instaurati in seguito a segnalazioni interne o esterne laddove tale rivelazione sia indispensabile anche ai fini della difesa della persona coinvolta.

Qualora la contestazione dell'illecito disciplinare sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso espresso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

L' UPD valuta, su istanza dell'incolpato, se ricorrono i presupposti in ordine alla necessità di conoscere l'identità del segnalante ai fini del diritto di difesa, dando adeguata motivazione della sua decisione sia in caso di accoglimento dell'istanza, sia in caso di diniego. Il Responsabile UPD si pronuncia sull'istanza dell'incolpato entro 5 (cinque) giorni lavorativi dalla ricezione della stessa. Il Responsabile UPD in caso di accoglimento dell'istanza, informa il RPCT della decisione e della motivazione posta a suo fondamento, affinché provveda a darne comunicazione al segnalante, chiedendo allo stesso il consenso al disvelamento della sua identità.

In ogni caso è fatto divieto assoluto al RPCT ed agli soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione, di rendere nota, in assenza dei presupposti di legge, l'identità del segnalante al Responsabile UPD.

La tutela della riservatezza va garantita anche in ambito giurisdizionale e disciplinare, in particolare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati sono coperte:

- nell'ambito del procedimento penale dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale;

- nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti fino alla chiusura della fase istruttoria;

- nell'ambito del procedimento disciplinare se la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.

Si precisa inoltre che, con specifico riferimento alla divulgazione pubblica, la protezione della riservatezza non si applica nel caso in cui la persona segnalante abbia intenzionalmente rivelato la sua identità mediante ad esempio piattaforme web o social media.

Tutto il personale coinvolto nella gestione delle segnalazioni risulta regolarmente autorizzato al trattamento dei dati ed ha ricevuto un'adeguata e specifica formazione professionale volta ad accrescerne le competenze specialistiche in materia di normativa sulla protezione dei dati personali, sicurezza dei dati e delle informazioni nonché un'adeguata formazione professionale sulla disciplina del whistleblowing. Ai soggetti interessati (ad es. segnalanti, segnalati, persone interessate dalla segnalazione, facilitatori, ecc.), viene

fornita apposita informativa sul trattamento dei dati personali mediante la pubblicazione sul sito web aziendale. I dati degli interessati sono conservati, in forma riservata e protetta, per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione, avendo cura di evitare il tracciamento di qualunque informazione che possa ricondurre all'identità o all'attività del segnalante. Il trattamento dei dati viene svolto in forma manuale e/o automatizzata nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR e in accordo col principio della privacy by design e della privacy by default.

La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non possono esercitare - per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione - i diritti che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati (il diritto di accesso ai dati personali, il diritto a rettificarli, il diritto di ottenerne la cancellazione o cosiddetto diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati personali e quello di opposizione al trattamento). Dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali (ai sensi dell'art. 77 del Regolamento (UE) n. 2016/679). Resta ferma la possibilità per il soggetto segnalato, presunto autore dell'illecito, di esercitare i propri diritti con le modalità previste dall'art. 160 del D.lgs. n. 196/2003. La riservatezza dell'identità del segnalante tutelata ai sensi dell'art. 2 undicies, lett. f) del D.lgs. 196/2003 e s.m.i.

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare e dà luogo all'applicabilità di una sanzione amministrativa da parte di ANAC.

Nei casi in cui si renda necessario per il RPCT coinvolgere terzi soggetti (interni o esterni all'amministrazione) per le verifiche sui fatti segnalati, è comunque necessario tutelare la riservatezza del segnalante e degli altri soggetti tutelati, anche attraverso l'anonimizzazione dei dati.

Nel caso in cui si renda necessario trasmettere la segnalazione alle Autorità giudiziarie competenti, il RPCT avrà cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce la tutela della riservatezza ai sensi del D.lgs. n. 24/2023, tutelando pertanto la riservatezza dell'identità. Laddove detta identità venga successivamente richiesta dall'Autorità giudiziaria o contabile, il RPCT fornisce tale indicazione, previa notifica al segnalante. L'ANAC ritiene infatti che il segnalante debba essere preventivamente informato della eventualità che la sua segnalazione, nel rispetto della tutela della riservatezza della sua identità, potrà essere trasmessa alle Autorità giudiziarie, per i profili di rispettiva competenza.

I suddetti obblighi di riservatezza gravano altresì sugli altri soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione.

Sono tutelate anche l'identità della persona fisica segnalata, ovvero della persona alla quale la violazione è attribuita nella divulgazione pubblica (c.d. persona coinvolta). Pertanto, il titolare del trattamento adotta particolari cautele al fine di evitare la indebita circolazione di informazioni personali, non solo verso l'esterno, ma anche all'interno degli uffici dell'amministrazione in capo, eventualmente, a soggetti non autorizzati al trattamento di tali dati.

Il divieto di ritorsione nei confronti del whistleblower (art. 17 del D.lgs. 24/2023).

Nei confronti del soggetto che effettua una segnalazione ai sensi della presente procedura e nei confronti degli altri soggetti coinvolti, non è consentita alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria intesa come "qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o della divulgazione pubblica e che provoca o può

provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto”.

Esempi di ritorsioni, sebbene non a carattere esaustivo, così come previste dal d.lgs. n. 24/2023, possono essere: il licenziamento, la sospensione o misure equivalenti; la retrocessione di grado o la mancata promozione; il mutamento di funzioni; il cambiamento del luogo di lavoro; la riduzione dello stipendio; la modifica dell'orario di lavoro; la sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa; le note di merito negative o le referenze negative, l'adozione di misure disciplinari o di altra sanzione, anche pecuniaria; la coercizione, l'intimidazione, le molestie o l'ostracismo; la discriminazione o comunque il trattamento sfavorevole; la mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione; il mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine; i danni, anche alla reputazione della persona, in particolare sui social media, o i pregiudizi economici o finanziari, comprese la perdita di opportunità economiche e la perdita di redditi; l'inserimento in elenchi impropri sulla base di un accordo settoriale o industriale formale o informale, che può comportare l'impossibilità per la persona di trovare un'occupazione nel settore o nell'industria in futuro; la conclusione anticipata o l'annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi; l'annullamento di una licenza o di un permesso; la richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.

La protezione accordata riguarda le ritorsioni che possono avere luogo nell'ambito del rapporto di lavoro e non anche quelle di altro tipo.

Le condizioni per la tutela sono:

- la convinzione ragionevole che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate o denunciate, siano veritiere e rientranti nell'ambito oggettivo di applicazione della normativa;

- la segnalazione o divulgazione pubblica è stata effettuata nel rispetto della disciplina prevista dal d.lgs. n. 24/2023;

- la necessità di un rapporto di consequenzialità tra segnalazione, divulgazione e denuncia effettuata e le misure ritorsive subite; non sono sufficienti invece i meri sospetti o le “voci di corridoio”.

L'onere di provare che tali condotte o atti sono motivati da ragioni estranee alla segnalazione, alla denuncia o alla divulgazione pubblica e dunque non sono misure ritorsive, è a carico di colui che li ha posti in essere. Tale inversione dell'onere della prova non si applica ai facilitatori, alle persone del medesimo contesto lavorativo, ai colleghi di lavoro, agli enti di proprietà della persona segnalante, nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle predette persone.

Il lavoratore che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alle tutele sopra descritte, nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave. In caso di accertamento delle responsabilità, alla persona è anche irrogata una sanzione disciplinare.

L'adozione di misure ritenute ritorsive, devono essere comunicate in ogni caso all'ANAC oltre dai segnalanti, dai facilitatori, dalle persone del medesimo contesto lavorativo, dai colleghi di lavoro, anche dai soggetti giuridici nei casi in cui siano enti di proprietà del segnalante, o enti in cui lavora o enti che operano nel medesimo contesto lavorativo.

È istituito inoltre presso l'ANAC l'elenco degli enti del terzo settore che forniscono alle persone segnalanti misure di sostegno. Le misure di sostegno consistono in informazioni, assistenza e consulenze a titolo gratuito sulle modalità di segnalazione e sulla protezione dalle ritorsioni offerta dalle disposizioni normative nazionali e da quelle dell'Unione europea, sui diritti della persona coinvolta, nonché sulle modalità e condizioni di accesso al patrocinio a spese dello Stato.

La “giusta causa” di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto (art. 20 del D.lgs. 24/2023).

All'insieme di tutele riconosciute al segnalante si deve aggiungere che la rivelazione effettuata dal whistleblower, perseguendo “l'interesse all'integrità della p.a. e alla prevenzione e repressione delle

malversazioni nelle amministrazioni pubbliche e private”, è intesa come “giusta causa” di rivelazione, escludendo l’integrazione dei reati di “rivelazione e utilizzazione del segreto d’ufficio” (art. 326 c.p.), “rivelazione del segreto professionale” (art. 622 c.p.), “rivelazione dei segreti scientifici e industriali” (art. 623 c.p.). La rivelazione non integra, inoltre, la violazione delle disposizioni relative alla tutela del diritto d’autore, la violazione delle disposizioni relative alla protezione dei dati personali, la violazione delle disposizioni relative alla rivelazione o diffusione di informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta.

Il whistleblower non può essere accusato di violazione del dovere di fedeltà e di lealtà (art. 2105 c.c.).

Affinché l’esclusione delle responsabilità operi nei casi di diffusione di informazioni, devono ricorrere cumulativamente due condizioni:

- 1) fondati motivi, al momento della rilevazione o diffusione delle informazioni, per ritenere che tale rivelazione o diffusione è necessaria per svelare la violazione;
- 2) effettuare la segnalazione, la divulgazione pubblica o la denuncia nel rispetto delle condizioni che il legislatore ha previsto.

Art. 13 - Pubblicazione

La presente procedura, in uno alla relativa modulistica, nonché l’informativa di cui all’art. 13 del GDPR sono pubblicati sul sito web aziendale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Altri contenuti”.

Parte IV – Le sanzioni

Art.14 – I poteri sanzionatori dell’ANAC

L’ANAC, ai sensi dell’art. 21 del D.lgs. 10 marzo 2023, n.24 applica al responsabile le seguenti sanzioni amministrative pecuniarie:

- 1-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia commesso ritorsioni;
- 2-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia ostacolato la segnalazione o abbia tentato di ostacolarla;
- 3-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia violato l’obbligo di riservatezza di cui all’art. 12 del d.lgs. n. 24/2023. Restano salve le sanzioni applicabili dal Garante per la protezione dei dati personali per i profili di competenza in base alla disciplina in materia di dati personali;
- 4-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono stati istituiti canali di segnalazione; in tal caso responsabile è considerato l’organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
- 5-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono state adottate procedure per l’effettuazione e la gestione delle segnalazioni ovvero che l’adozione di tali procedure non è conforme a quanto previsto dal decreto; in tal caso responsabile è considerato l’organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
- 6-da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non è stata svolta l’attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute; in tal caso responsabile è considerato il gestore delle segnalazioni;
- 7- da 500 a 2.500 euro, quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità civile della persona segnalante per diffamazione o calunnia nei casi di dolo o colpa grave, salvo che la medesima sia stata già condannata, anche in primo grado, per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all’autorità giudiziaria.

Allegati

- MODULO A – DATI DEL SEGNALANTE
- MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALEZIONE
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN RELAZIONE ALLE SEGNALEZIONE DEL WHISTLEBLOWER EX ART. 13 REG. UE 2016/679 (GDPR) E VIGENTE NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO



Regione Campania-ASL Caserta
Via Unità Italiana n.28 – 81100 Caserta
Direttore Generale - Dr. Amedeo Blasotti

Al RPCT dell'Asl Caserta⁵

SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023
MODULO A – DATI DEL SEGNALANTE

Nome del segnalante														
Cognome del Segnalante														
Codice fiscale														
Attuale qualifica di servizio														
Attuale unità organizzativa														
Qualifica di servizio all'epoca del fatto segnalato														
Unità organizzativa all'epoca del fatto segnalato														
Non si è ancora istaurato il rapporto giuridico con l'Azienda in qualità di:														
Si è sciolto il rapporto giuridico in qualità di:														
Telefono														
E-mail														
Se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti compilare la seguente tabella:														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Soggetto</th> <th>Data della segnalazione</th> <th>Esito della Segnalazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Soggetto	Data della segnalazione	Esito della Segnalazione									
Soggetto	Data della segnalazione	Esito della Segnalazione												
Se no, segnalare i motivi per cui la segnalazione non è stata rivolta ad altri soggetti:														
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.														
Data	Firma del segnalante													

⁵ Nel caso in cui la segnalazione riguardi il RPCT, la segnalazione va inviata direttamente all'ANAC



Regione Campania-ASL Caserta
Via Unità Italiana n.28 – 81100 Caserta
Direttore Generale - Dr. Amedeo Blasotti

Al RPCT dell'Asl Caserta⁶

SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023

MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE

Ente in cui si è verificato il fatto	
Periodo in cui si è verificato il fatto	
Data in cui si è verificato il fatto	
Luogo fisico in cui si è verificato il fatto	
Soggetto che ha commesso il fatto nome, cognome, qualifica. È possibile inserire anche più nomi.	
Eventuali soggetti privati coinvolti	
Eventuali imprese coinvolte	
Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto	
Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto: nome, cognome, qualifica, recapiti.	
Area a cui può essere riferito il fatto	
Settore cui può essere riferito il fatto	
Descrizione del fatto:	
La condotta è illecita perché:	
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.	
Data	Firma del segnalante

⁶ Nel caso in cui la segnalazione riguardi il RPCT, la segnalazione va inviata direttamente all'ANAC

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN RELAZIONE ALLE
SEGNALAZIONE DEL WHISTLEBLOWER**

EX ART. 13 REG. UE 2016/679 (GDPR) E VIGENTE NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO

Il Regolamento UE 679/2016 ("GDPR") e la vigente normativa italiana di riferimento regolano la protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza ed impone una serie di obblighi in capo a chi tratta informazioni riferite ad altri soggetti.

Nel rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 13 GDPR sulla necessità di informare gli interessati e fornire le informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente dei dati personali, si fornisce la presente informativa. Il Titolare si riserva il diritto di apportarvi modifiche in qualsiasi momento, dandone informazione agli interessati sul proprio sito web

Definizioni

Il GDPR intende come **"dati personali"**, qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il GDPR intende come **"categorie particolari di dati personali"**, quelli idonei a rivelare: lo stato di salute, l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose e filosofiche, l'appartenenza sindacale, o quelli relativi a dati genetici, biometrici, alla vita sessuale, all'orientamento sessuale della persona o dati giudiziari.

Il GDPR intende come **"trattamento"**: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, con sede in Caserta, nella persona del Direttore Generale e legale rappresentate pro tempore. I recapiti del Titolare sono i seguenti:

Azienda Sanitaria Locale di Caserta – Asl di Caserta

Via Unità Italiana, 28 – 80100 Caserta (CE)

protocollo@pec.aslcaserta.it. – privacy@aslcaserta.it.

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito istituzionale: www.aslcaserta.it/privacy/.

Data protection officer

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (anche noto come Data Protection Officer, "DPO") è stato designato dal Titolare ed è contattabile ai seguenti indirizzi: dpo@aslcaserta.it.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati personali sono trattati dal Titolare in osservanza a quanto previsto dal D.Lgs. 24/2023, attraverso personale aziendale competente, nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, con particolare riferimento alle attività connesse alla gestione delle segnalazioni ed accertare eventuali illeciti denunciati nell'interesse dell'integrità dell'Azienda (attività di whistleblowing). Il trattamento dei dati personali per le attività di whistleblowing avviene attraverso un canale di segnalazione interno gestito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed è da considerarsi lecito in base agli articoli del GDPR seguenti:

- Obbligo legale (art. 6 par. 1 lett. c));
- Interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. e));
- Obblighi in materia di diritto del lavoro (art. 9 par. 2 lett. b));
- Interesse pubblico generale (art. 9 par. 2 lett. g));
- Dati relativi a condanne penali e reati (art. 10).

Tipologia Di Dati Trattati E Finalità Del Trattamento

Sono trattati i dati identificativi e particolari del segnalante, delle persone coinvolte e delle persone comunque menzionate nella segnalazione, nonché i dati contenuti nella segnalazione e nella relativa documentazione, al fine di rappresentare le presunte condotte illecite delle quali il segnalante sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di servizio con il Titolare commesse dai soggetti che a vario titolo interagiscono con il medesimo.

La tutela dei dati personali va assicurata non solo alla persona segnalante o denunciante ma anche agli altri soggetti cui si applica la tutela della riservatezza, quali il facilitatore, la persona coinvolta e la persona menzionata nella segnalazione in quanto "interessati" dal trattamento dei dati.

Modalità Di Trattamento E Conservazione

I dati saranno trattati esclusivamente da parte del personale istruito ed autorizzato, che ne abbia disponibilità a causa della propria mansione o posizione gerarchica nell'ambito della unità organizzativa competente nel pieno rispetto della normativa europea e nazionale richiamata, tenendo in dovuta considerazione il principio di minimizzazione del dato. Il trattamento dei dati

personali avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici. Il trattamento sarà svolto in forma manuale e/o automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR. I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati, ovvero per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione

Destinatari del trattamento

Sono destinatari dei dati raccolti a seguito della segnalazione, se del caso, l'ANAC e le eventuali ulteriori autorità competenti. I dati personali raccolti sono altresì trattati dal personale del Titolare, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo.

Diritti dell'interessato

Per esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 a 22 del GDPR, l'interessato potrà rivolgersi all'Azienda, presentando istanza al protocollo generale. L'interessato ha il diritto di accedere in qualunque momento ai dati che lo riguardano. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti, la revoca del consenso prestato, la portabilità dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà altresì formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei dati nella quale dare evidenza delle ragioni che giustifichino l'opposizione. L'Azienda ha, per legge, un termine di un mese per il riscontro delle richieste.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito, salvo eventuali costi per la riproduzione. La relativa modulistica è disponibile on line all'indirizzo www.aslcaserta.it/privacy/.

L'Azienda ha il diritto di chiedere informazioni necessarie al fine dell'identificazione del richiedente.

È fatta salva la possibilità di proporre reclamo all'Autorità di controllo ai sensi dell'art.77 GDPR o ricorso all'autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 140-bis del Codice in materia di protezione dati personali, così come modificato dal D.lgs. n.101/2018.

La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non può esercitare – per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata – i diritti di cui sopra che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati, nella misura in cui dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali

Data

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

4.1.2.4. Monitoraggio. Utilizzo degli esiti del monitoraggio per la successiva programmazione

In merito all'attività di monitoraggio delle misure in materia di prevenzione della corruzione, in virtù degli esiti e dei riscontri molto generici trasmessi dai Responsabili delle singole Strutture destinatarie delle misure, è stato ritenuto indispensabile inserire correttivi nel redigendo PIAO.

In primo luogo, occorre evidenziare che soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi) come nel caso di questa Azienda, il monitoraggio in capo al solo RPCT potrebbe non essere facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, sono stati previsti sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che hanno la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura, in ogni caso lo stato dell'arte in ordine all'attuazione della misura di prevenzione deve risultare da evidenze documentali e comportamentali. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT, tramite il proprio staff e tramite i Referenti per l'Anticorruzione e per la Trasparenza, controllerà la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta. Poiché questo sarà tanto più agevole quanto più saranno state correttamente programmate le misure all'interno del Piano, sono stati inseriti indicatori ben definiti e puntuali, numerici, spalmati nel triennio (2024/2026).

L'art.1 della Legge 190/2012 ha individuato alcune aree di rischio ritenute comuni a tutte le amministrazioni, ed in particolare:

- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n. 150 del 2009;
- Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- Autorizzazione o concessione.

4.2.6 Aree di rischio generali

Rientrano **nelle aree di rischio generali**, come già indicato nella Legge 190/2012:

- Contratti pubblici (Definizione dell'oggetto dell'affidamento; individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; requisiti di qualificazione; requisiti di aggiudicazione; valutazione delle offerte; verifica dell'eventuale anomalia delle offerte; procedure negoziate; affidamenti diretti; revoca del bando ecc.)
- Personale (reclutamento, progressioni di carriera, conferimento incarichi di collaborazione);
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.

Rientrano, invece, **nelle aree di rischio specifiche**:

- Attività libero professionali e liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni.
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

4.2.6.1 Aree di rischio Contratti Pubblici

Nel corso del 2023 la disciplina dei contratti pubblici è stata interessata da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne significativamente l'assetto.

L'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 (data di entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D.Lgs.36/2023) determina la seguente tripartizione:

- a) procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- b) procedure di affidamento avviate dal 1°luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- c) procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

In materia di prevenzione dei rischi corruttivi l'ANAC (Del. 605 del 19 dicembre 2023) fornisce le seguenti precisazioni:

1. *si applica il PNA 2022 a tutti i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023, ivi inclusi i contratti PNRR;*
2. *si applica il PNA 2022 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229);*
3. *si applica il PNA 2022 ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023;*
4. *si applica l'Aggiornamento 2023 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3.*

Sono di seguito individuate le possibili criticità nelle diverse fasi del ciclo di vita dell'appalto:

Nella fase di affidamento:

- possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da non superare i valori economici che consentono gli affidamenti diretti;
- è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da eludere le soglie economiche fissate per la qualificazione delle stazioni appaltanti;
- può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti affidatari, al di fuori dei casi di cui all'articolo 49, comma 5, del Codice, disattendendo la regola generale dei "due successivi affidamenti";
- per quanto riguarda il c.d. "appalto integrato", consentito per tutte le opere ad eccezione della manutenzione ordinaria, si potrebbero avere proposte progettuali elaborate più per il conseguimento degli esclusivi benefici e/o guadagni dell'impresa piuttosto che per il soddisfacimento dei bisogni collettivi, tali da poter determinare modifiche/varianti, sia in sede di redazione del progetto esecutivo sia nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi e tempi di realizzazione;
- si potrebbe avere un aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, anche a "cascata", come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara.

• Nella fase di esecuzione:

- si potrebbero osservare comportamenti corruttivi ricorrendo alle modifiche e alle varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni, a danno anche della qualità della prestazione resa, in assenza dei controlli previsti dal nuovo Codice e dei vincoli imposti dalla disciplina di settore;
- è possibile il rischio connesso all'omissione di controlli in sede esecutiva da parte del RUP, del DL o del DEC sul corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice.

Le misure che vengono adottate per mitigare il rischio corruttivo in materia di appalti pubblici sono:

- **misure di trasparenza:** tracciabilità informatica degli atti, aggiornamento periodico degli elenchi degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate e negli affidamenti diretti, puntuale esplicitazione nelle decisioni a contrarre delle motivazioni della procedura di affidamento;
- **misure di controllo:** verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedurali, con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR, ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità degli affidamenti diretti fuori MePA per appalti di lavori, servizi e forniture;
- **misure di regolazione:** circolari esplicative recanti anche previsioni comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto, al fine di indirizzare comportamenti in situazioni analoghe e per individuare quei passaggi procedurali che possono dar luogo ad incertezze;
- **misure di organizzazione:** ad es. rotazione del personale, formazione specifica dei RUP e del personale
- **utilizzo di check list** per le diverse tipologie di affidamento: si tratta di strumenti operativi che consentono sia un controllo di primo livello da parte dei soggetti chiamati a redigere la documentazione della procedura di affidamento, al fine di guidare la compilazione degli atti

e la loro conformità con la normativa comunitaria e nazionale, sia un controllo successivo di supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi (ufficio contratti, RPCT, controlli interni ecc.)

- **stipula di patti di integrità:** con previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, di accettazione degli obblighi, in capo all'affidatario, ad adottare le misure antimafia e anticorruzione ivi previste in sede di esecuzione del contratto.

Nell'Allegato 1 del presente PIAO viene riportata una tabella di sintesi delle criticità, delle misure di prevenzione della corruzione previste per mitigarle e dei soggetti responsabili/attuatori, in materia di Contratti pubblici. Trova applicazione per i contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne per le disposizioni previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229). Trova applicazione anche ai contratti PNRR (limitatamente agli istituti regolati dal D.Lgs. 77/2021). (Aggiornamento PNA 2023)

Nell'Allegato 2 presente PIAO viene riportata una tabella di sintesi delle criticità, delle misure di prevenzione della corruzione previste per mitigarle e dei soggetti responsabili/attuatori, in materia di Contratti pubblici. Trova applicazione per i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023 e dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023 – anche contratti PNRR (ad esclusione degli istituti regolati dal D.Lgs. 77/2021) . (PNA 2022)

LA TRASPARENZA DEI CONTRATTI PUBBLICI A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DEL D.LGS. N. 36/2023

Con riferimento a tutte le indicate procedure di affidamento, l'Autorità ha fornito puntuali indicazioni anche sui diversi regimi di trasparenza da attuare, in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato dell'esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023.

Nella Deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che **gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:**

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Alla luce delle disposizioni vigenti la trasparenza dei contratti pubblici è governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che possono essere ripartiti nelle seguenti fattispecie:

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.**
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.**
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.**

Tab.90 La trasparenza per i contratti pubblici nel periodo transitorio e a regime

<i>Riferimento Normativo</i>	<i>Contenuto dell'obbligo</i>
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023.	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 01.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023
Contratti con bandi e avvisi	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto

4.2.6.2 Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023 **(ALLEGATO 3 PIAO)**

Per questa tipologia di contratti, i dati, documenti e informazioni, vengono pubblicati nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti” avviene secondo le indicazioni dell’Allegato 9 al PNA 2022. Rimane ferma anche la pubblicazione tempestiva, quindi per ogni procedura di gara, dei dati elencati all’art. 1, co. 32 della legge 190/2012, con esclusione invece delle tabelle riassuntive in formato digitale standard aperto e della comunicazione ad ANAC dell’avvenuta pubblicazione dei dati e della URL.

4.2.6.3 Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023. **(Allegato 3 e Allegato 4 PIAO)**

Per questa fattispecie, occorre far riferimento alla Delibera n.582 del 13.12.2023 “Adozione comunicato relativo avvio processo di digitalizzazione”, adottata dall’ANAC d’intesa con il MIT. La delibera prevede che, l’assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31.12.2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog . Per le procedure avviate fino al 31/12/2023 e non concluse entro la stessa data, vengono pubblicati nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti” gli atti e i documenti individuati dall’allegato 1 alla delibera ANAC n. 264/2023 e ss.mm.ii.. Nel caso in cui i suddetti atti e documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, è sufficiente venga indicato nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti” il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

4.2.6.4 Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 **(Allegato 4 PIAO)**

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1.01.2024, valgono le disposizioni contenute nella Delibera ANAC n.264 del 20 giugno 2023, come integrate con Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023.

- **Nell’Allegato 3 del presente PIAO sono riportati gli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente – Sez bandi di gara e contratti secondo le indicazioni All.9 PNA 2022.**
- **Nell’Allegato 4 del presente PIAO viene riportata la sez. Bandi di gara e contratti con indicazione degli obblighi di pubblicazione vevoli per gli avvisi e i bandi pubblicati dal 1° gennaio 2024.**

I dati rimangono pubblicati in BDNCP e sui siti istituzionali delle amministrazioni per un periodo di almeno cinque anni.

In caso di mancata pubblicazione (in BDNCP e sul sito istituzionale) si applica la disciplina dell’accesso civico di cui all’art.5 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.

La richiesta di accesso civico deve essere presentata al RPCT al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all’elaborazione o trasmissione dei dati. Qualora, invece, sia accertato che la stazione appaltante abbia effettivamente trasmesso i dati alla banca nazionale, la richiesta di accesso deve essere effettuata al RPCT dell’ANAC. Alla scadenza dei termini previsti per la pubblicazione, cinque anni, le stazioni appaltanti devono conservare i dati ai fini di consentire l’esercizio dell’accesso civico generalizzato, di cui all’art.5 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.

Sono responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, i Direttori/Responsabili di tutte le strutture aziendali competenti in materia di programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché di espletamento di procedure di appalto. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, anche parziale, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale, a norma dell'art. 46 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.

4.2.6.5 Il RUP

Tra le novità più discusse del [nuovo Codice dei Contratti pubblici](#) vi sono le modifiche alla figura del RUP, che da Responsabile Unico di Procedimento ex. art. 31 del D.Lgs. 50/2016 diventa **Responsabile Unico di Progetto**. Il ruolo di RUP è ora assimilabile a quello di un project manager.

Nomina

Il RUP deve essere individuato dall'Ente concedenti *"nel primo atto di avvio dell'intervento pubblico"* (art. 15, co. 1):

- Il nominativo va indicato nel bando, nell'avviso di indizione della gara, oppure nell'invito a presentare offerta o provvedimento di affidamento diretto;
- può essere un dipendente assunto anche a tempo determinato;
- non è obbligatorio che sia in possesso di una qualifica dirigenziale;
- il dipendente nominato non può rifiutare l'ufficio di RUP.

Responsabilità

Ai sensi dell'art. 15, comma 5, del D.Lgs. 36/2023, la funzione primaria del Responsabile Unico di Progetto è quella di assicurare *"il **completamento dell'intervento pubblico** nei termini previsti e nel rispetto degli obiettivi connessi al suo incarico"*, in attuazione del principio del risultato di cui all'art. 1, rispettando le tempistiche preventivate, il livello di qualità richiesto e la manutenzione programmata, oltre a vigilare sul rispetto delle norme di sicurezza e salute dei lavoratori.

Su questa figura ricade quindi la responsabilità di **dirigere e coordinare le 4 fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione per ogni procedura soggetta al Codice**, ferma restando la possibilità di avvalersi di una struttura di supporto e di Responsabili di procedimento a cui delegare specifici compiti operativi per ciascuna fase.

Requisiti

In linea generale, il RUP deve essere in possesso di **competenze professionali adeguate al processo realizzativo dell'appalto di lavori, servizi o forniture di cui è incaricato**, e deve tenere aggiornata con costanza la propria formazione.

Con l'allegato I.2, il Codice introduce tuttavia la **possibilità di designare un RUP privo delle prerogative richieste**: in questo caso la Stazione Appaltante provvederà ad affiancare al Responsabile una struttura di supporto che compensi i requisiti carenti.

Requisiti specifici per i contratti di lavoro:

- Esperienza di almeno 1 anno per i contratti di importo inferiore a 1.000.000 di euro;
- esperienza di almeno 3 anni per i contratti di importo pari o superiore a 1.000.000 di euro e inferiore alla soglia UE (specificata all'art. 14);
- esperienza di almeno 5 anni per i contratti di importo pari o superiore alla soglia UE.

Requisiti specifici per i contratti di servizi e forniture:

- Esperienza di almeno un anno per gli importi inferiori alla soglia UE;
- Esperienza di almeno 3 anni per gli importi pari o superiori alla soglia UE.

Per le procedure di affidamento di particolare complessità, la Stazione Appaltante può richiedere ulteriori requisiti al RUP, come ad esempio il possesso di un titolo di laurea magistrale.

I compiti dei responsabili di procedimento

Il comma 4 dell'art. 15 prevede la possibilità di **nominare responsabili di procedimento per ognuna delle fasi dell'appalto**, creando un vero e proprio modello organizzativo ad hoc sotto diretta responsabilità del RUP.

Le relazioni del RUP con DEC e DL nella fase esecutiva del contratto

DL e DEC rappresentano il *trait d'union* tra il RUP e la ditta esecutrice: il loro compito è dare seguito alle disposizioni di servizio del RUP sul piano operativo entro i tempi previsti.

4.2.6.6 Conflitti di Interesse - RUP

A seguito dell'Aggiornamento PNA 2023, il capitolo sul conflitto di interessi mantiene la sua validità per quanto riguarda i soggetti delle stazioni appaltanti cui spetta fare le dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi e i contenuti delle relative dichiarazioni;

L'art. 16 del d.lgs. n. 36/2023, nuovo Codice, è dedicato al conflitto di interessi e innova l'art. 42 del D.Lgs50/2026.

La disciplina prevista dall'art. 42 d.lgs. 50/2016 come di seguito riportata, e le prescrizioni adottate, sono valide per le procedure e i contratti per i quali i bandi o avvisi con cui si indice la procedura di scelta del contraente siano stati pubblicati prima del 1° luglio 2023 (o, nel caso di contratti senza pubblicazione del bando o avviso, siano stati inviati gli avvisi a presentare offerte entro il suddetto termine) data al decorrere della quale acquistano efficacia le disposizioni del nuovo codice (cfr. art. 226, co. 2 d.lgs. 36/2023), nonché per le procedure indette a partire dal 1° luglio 2023.

Le dichiarazioni si configurano quale misura adeguata alla gestione del conflitto di interessi che la stazione appaltante è tenuta ad adottare ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. 36/2023, al fine di garantire il rispetto degli adempimenti relativi all'obbligo di comunicare situazioni di conflitto di interessi e all'obbligo di astensione da parte dei soggetti coinvolti nella procedura di aggiudicazione e nella fase di esecuzione del contratto

Quanto al contenuto minimo della nozione di conflitto di interessi, si rinvia alle situazioni che determinano l'obbligo di astensione previste dall'art. 7 del d.P.R. n. 62/2013.

Ogni qual volta si configurino tali situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che **valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.**

Lo stesso art. 16 del D.lgs. n. 36/2023 al co. 3 individua, quali rimedi nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi, *“l'obbligo di darne comunicazione alla stazione appaltante” e di “astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione”*, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

Proprio per il rilievo che assume la disciplina a tutela dei valori dell'imparzialità e del buon andamento dell'attività delle amministrazioni la stazione appaltante è tenuta a vigilare sulla corretta applicazione della disciplina durante tutte le fasi di una procedura di gara, ivi compresa la fase di esecuzione dei contratti pubblici.

Con riferimento al **personale delle stazioni appaltanti**, la disciplina si applica **a tutto il personale dipendente**, a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse (ossia contratto a tempo determinato o contratto a tempo indeterminato) **e a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna.**

Tab.91: Soggetti ai quali si applica l'art.16 del Codice dei contratti pubblici

<i>Soggetti ai quali si applica l'art. 16 del Codice dei contratti pubblici</i>
Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato
Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo determinato
Soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni)
I prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori)
I soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti)
I professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR

I soggetti che compongono organi politici laddove svolgano una funzione amministrativa-gestionale (ad es. affidamenti gestiti da enti locali di ridotte dimensioni, nei quali il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere anche un ruolo gestionale, svolgimento di funzioni di coordinamento nell'ambito delle procedure di gara in ragione dei poteri attribuiti in virtù di normativa eccezionale e/o emergenziale)

Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici

Tab.92: Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 16

<i>Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 16</i>
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sottosoglia
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sopra soglia
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sopra soglia
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sottosoglia
Contratti pubblici esclusi dal Codice

Le verifiche sono svolte in contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy.

L'obbligo di rendere preventivamente la dichiarazione sui conflitti di interessi (e di aggiornarla tempestivamente) garantisce l'immediata emersione dell'eventuale conflitto e consente all'Amministrazione di assumere tutte le più opportune misure in proposito.

Il modello della autocertificazione deve prevedere:

- Attività professionale e lavorativa pregressa;
- Interessi finanziari;
- Rapporti e relazioni personali;
- Altro.

Tab.93: Attività professionale e lavorativa pregressa

<i>Attività professionale e lavorativa pregressa</i>
Elencazione degli impieghi presso soggetti pubblici o privati, a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, precisando se sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
Elencazione delle partecipazioni ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, a titolo oneroso e/o gratuito, precisando se sono svolte attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
Elencazione delle partecipazioni a società di persone e/o di capitali, con o senza incarico di amministrazione, precisando se sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di Professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con taluna delle imprese partecipanti alla procedura ovvero, personalmente, con i suoi soci/rappresentanti legali/amministratori, precisando se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Tab.94: Interessi finanziari

<i>Interessi finanziari</i>
Elencazione delle partecipazioni, in atto ovvero possedute nei tre anni antecedenti, in società di capitali pubbliche o private, riferita alla singola gara e per quanto di conoscenza.

Tab.95: Rapporti e relazioni personali Indicare:

<i>Rapporti e relazioni personali Indicare:</i>
Se, attualmente o nei tre anni antecedenti, un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale rivesta o abbia rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito delle società partecipanti alla procedura ovvero abbia prestato per esse attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o oneroso.
Se e quali cariche o incarichi, comunque denominati, a titolo gratuito o oneroso, rivesta o abbia rivestito nei tre anni antecedenti nell'ambito di una qualsiasi società privata un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale.
Se, in prima persona, ovvero un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale, abbia un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, nei tre anni antecedenti, con l'amministrazione o con le società partecipanti alla procedura.

Il RPCT, per quanto concerne la gestione del conflitto di interessi, ha il compito di **verificare l'attuazione delle misure** programmate nel PTPCT e di **valutarne l'adequatezza**. In particolare:

- il RPCT effettua verifiche, anche a campione, sulle dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state correttamente acquisite dal responsabile dell'ufficio di appartenenza/ ufficio competente alla

nomina e dal RUP e raccolte, protocollate e conservate, nonché tenute aggiornate dagli uffici competenti (ad es. ufficio del personale o ufficio gare e contratti) della stazione appaltante.

- Il RPCT interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara. In tale ipotesi lo stesso effettua una valutazione di quanto rappresentato nella segnalazione, al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza del conflitto. Qualora ricorra tale evenienza, sarà cura dello stesso RPCT rivolgersi al RUP, agli organi interni o agli enti/istituzioni esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e di ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali - qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'ente o nell'amministrazione.
- Il RPCT potrebbe essere interpellato e offrire un supporto al RUP e ai dirigenti competenti di riferimento allo scopo di valutare la sussistenza in concreto di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

4.3 Controllo e rendicontazione misure PNRR

Premesso che i fondi PNRR "Next Generation EU" per l'Azienda si sviluppano intorno alla Missione 6, viene messo in opera un sistema di controllo unitario PNRR nel rispetto delle circolari MEF e ANAC.

Con Circolare n. 30 del MEF dell'11 agosto 2022 (https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONI/circolari/2022/circolare_n_30_2022) sono state fornite le linee guida delle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR di competenza dei soggetti attuatori. Si tratta di un documento predisposto dal Servizio Centrale per il PNRR presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) - Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che descrive i principali flussi procedurali inerenti i processi di controllo e rendicontazione del PNRR, richiamando l'attenzione su alcuni elementi, fasi e step procedurali nonché su obblighi e adempimenti di responsabilità posti in capo ai soggetti coinvolti a vario titolo e a vari livelli nell'attuazione degli interventi, combinando misure già presenti nella legislazione vigente con procedure specificamente previste per il PNRR e dal PNA 2022 già per il triennio 2023-25.

Il sistema di controllo unitario PNRR adotterà due livelli di gestione suddivisi in:

- **Livello realizzativo:** monitoraggio PNRR attraverso report periodici, che gli uffici tecnici compileranno in corrispondenza delle scadenze previste già in fase di candidatura e che corrispondono alla rendicontazione. Il monitoraggio servirà a dimostrare i milestone raggiunti;
- **Livello di controllo interno:** posto in capo a Dirigenti interni ad hoc incaricati e preposti. Il monitoraggio delle azioni del PIAO darà atto della coerenza con gli atti di programmazione e del rispetto delle tempistiche. I Dirigenti riferiscono alla Direzione Strategica e al RPCT nei termini previsti dalla sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO nonché secondo quanto previsto dal PNA (anche attraverso una attività di audit interno)

Le Fasi del processo PNRR ai sensi delle linee guida nazionali, si riassumono in:

- Fasi di gara;
- Fasi di esecuzione del contratto;
- Fase di rendicontazione delle spese.

Tab.96 Fase di gara per l'aggiudicazione degli appalti

FASE di gara per l'aggiudicazione degli appalti	Controlli e tempistica	Settori Uffici
AFFIDAMENTI servizi di architettura e ingegneria per progettazione e servizi tecnici (affidamenti diretti sottosoglia) - verifica e validazione del progetto da parte del RUP per la cantierabilità e DD a contrarre - predisposizione ed approvazione bando di gara/lettera invito per le negoziate	<u>Controlli ordinari di regolarità tecnico-amministrativa e adozione</u> ai fini della partecipazione <u>DGUE</u> (documento unico di gara europeo).	Uffici tecnici Ufficio gare Uffici finanziari Uffici tecnici/gare

- espletamento della gara su piattaforma elettronica - pubblicità legale e comunicazione - istruttoria domande di partecipazione alla gara - aggiudicazione previa verifica dei requisiti - stipula contratto di appalto che viene poi repertoriato/annotato/registrato - conservazione del contratto - accesso agli atti - precontenzioso - difesa legale	<u>Controlli ordinari di regolarità tecnico-amministrativa</u> durante le due fasi principali: 1. prima della pubblicazione del bando 2. prima della stipula del contratto con il soggetto realizzatore - verifica dei requisiti prima della sottoscrizione del contratto - verifica del titolare effettivo prima della sottoscrizione del contratto. <u>Controlli di natura contabile</u> (contabilità speciale). <u>Verifica condizionalità specifiche</u>	
Responsabili di procedimento e membri commissioni gara: individuazione del personale coinvolto nella procedura di gara e nelle fasi di precontenzioso e difesa legale	Controlli ex ante di prevenzione e <u>contrasto conflitto di interessi e pantouflage con</u> applicazione codice di comportamento	Uffici tecnici Ufficio gare
Registrazione dati su REGIS dopo l'aggiudicazione	Monitoraggio sul portale REGIS	Uffici tecnici ufficio gare

Tab.97 Fase di gara per l'esecuzione degli appalti

FASE di esecuzione del contratto di appalto	Controlli e tempistica	Settori Uffici
- Fase esecuzione servizi tecnici sottosoglia secondo quanto previsto dal disciplinare - regolare esecuzione contratto di appalto - approvazione fine lavori e collaudo - emissione fatture - atti di liquidazione - pagamenti - pubblicazione sul sito dello stato di avanzamento - adozione misure antiriciclaggio - eventuali misure correttive (variazioni atti di programmazione e bilancio)	<u>Controlli tecnici su progettazione definitiva ed esecutiva.</u> <u>Controlli ordinari di regolarità tecnico-contabile-amministrativa ed ex post.</u> <u>Controlli tecnici sull'esecuzione del contratto.</u> <u>Verifica rispetto condizionalità specifiche.</u> <u>Attività</u> di antiriciclaggio da iniziare fin dal bando di gara inserendo quale elemento indispensabile a pena di esclusione dalla gara, l'individuazione dell'"operatore economico" (titolare effettivo), da inserire poi su REGIS)	Uffici tecnici Direzione Strategica Uffici finanziari (bilancio e mandati)
Sistema di controllo unitario PNRR	Controllo strategico sull'avanzamento progettuale ed allineamento documenti di programmazione Controllo misure di trasparenza, anticorruzione, antiriciclaggio	Dirigenti preposti

Tab.98 Fase di rendicontazione delle spese

FASE di rendicontazione delle spese	Controlli e tempistica	Settori Uffici
- rendicontazione spese su REGIS periodicamente - rendiconto di progetto - comunicazione - avanzamento finanziario progetto - comunicazione fine progetto e realizzazione degli interventi - chiusura contabile	<u>Attestazioni su:</u> - rispetto della condizionalità PNRR e del principio DNSH⁷ - sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo-contrabile - sistema di attuazione delle misure ex ante di prevenzione e contrasto al conflitto di interessi - sistema delle misure ex ante di verifica sul titolare effettivo	Uffici tecnici Dirigenti preposti ai controlli Uffici coinvolti nelle procedure di gara Uffici finanziari

⁷ Il principio Do NO Significant Harm (DNSH) prevede che gli interventi previsti dal PNRR nazionali non arrechino nessun danno significativo all'ambiente

	- chiusura di tutti gli accertamenti ed impegni (chiusura finale)	
Presidio di Coordinamento	- controllo strategico sull'avanzamento e fine interventi - controllo trasparenza	Dirigenti preposti ai Controlli

Responsabilità e azioni del livello realizzativo

Le principali azioni da attuare nel rispetto delle linee guida per la rendicontazione del PNRR e del PNA per il triennio 2024-26, in continuità con il PIAO 2023 – 2025, si possono così riassumere:

- assicurare il rispetto delle condizionalità e di tutti gli ulteriori requisiti connessi alle misure del PNRR, principi trasversali al PNRR e principio DNSH;
- assicurare la regolarità tecnico-amministrativa e contabile, in quanto forma di autocontrollo preventivo ed applicazione delle misure di Trasparenza, Anticorruzione, Antiriciclaggio;
- operare sul sistema ReGIS e altri portali (SIMOG, ANAC...).

Responsabilità e azioni del livello di controllo

Le principali azioni da attuare, si possono così riassumere:

- Assicurare il presidio di coordinamento, in termini sia di controllo strategico sia di controllo di legittimità.
- Registrare i report indirizzati al RPCT, sia come controllo successivo dei processi e degli atti in applicazione delle misure di prevenzione in tema di Trasparenza, Anticorruzione e Antiriciclaggio sia come monitoraggio dello stato di attuazione dei progetti, comunicando gli esiti del controllo ai Dirigenti e ai RUP.

I dirigenti preposti ai controlli supportano il RPCT, svolgendo le seguenti attività:

- Controllo strategico dei progetti PNRR, in coerenza con i documenti DUP e PIAO, a livello di obiettivi, tempistica, performance. Nella predisposizione del DUP si procederà, come previsto dalla Circolare 29 MEF del 15 luglio 2022.
- Controllo successivo di legittimità per garantire il rispetto delle misure di prevenzione in tema di Trasparenza Anticorruzione Antiriciclaggio (per i fondi).
- PNRR, con adozione di opportune linee guida che possono essere redatte al termine di corsi di formazione specifici (misure minime), in applicazione congiunta con le misure generali previste dal vigente PIAO sezione dedicata alla “prevenzione della corruzione e trasparenza”, nonché del PNA 2022. I controlli si focalizzeranno sulla prevenzione dei conflitti di interessi, frodi, adozione di misure specifiche relative ai processi dell’area di rischio “Contratti ed appalti pubblici”.
- Informazione e formazione interna sui temi in oggetto, sia di carattere giuridico sia di transizione al digitale.
- Elaborazione di schemi tipo, comprensive delle condizionalità previste dal PNRR, nel rispetto delle circolari MEF e ANAC, differenziandoli da altri provvedimenti.
- Verifica del flusso procedimentale, teso alla regolare pubblicazione sull’apposita sezione del sito web dell’Azienda dedicata al PNRR (monitoraggi periodici e monitoraggio) e alla semplificazione.
- Verifica della predisposizione di documenti che sottendono al sistema di controllo ReGIS quali, in fase di creazione della rendicontazione, un allegato per ciascun controllo effettuato dando atto di:

assenza di conflitto di interessi; regolarità amministrativa e contabile; assenza di doppio finanziamento; rispetto del principio del DNSH; verifica titolari effettivi; verifica avanzamento di milestones e targets (per questo ultimo punto predisponendo attestazioni semplici ma complete, di avvenuta verifica del controllo effettuato).

- Al fine di assicurare la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una contabilità separata per l'utilizzo delle risorse del PNRR, ex articolo 7, comma 8, del Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla Legge 29 luglio 2021, n. 108, con l'obiettivo di implementare la reciproca collaborazione e garantire un adeguato presidio di legalità a tutela delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'Azienda rispetta le disposizioni normative in materia e quelle contenute nel protocollo d'intesa tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la Guardia di Finanza del 17 dicembre 2021.

4.3.1 Obblighi di pubblicazione e trasparenza dei contratti pubblici – PNRR

In materia di contratti pubblici del PNRR resta ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo "ReGiS" così come descritta nella parte Speciale del PNA 2022 e di seguito sintetizzata.

Restano fermi gli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" così come dettagliati negli Allegati 3 e 4 del PIAO e l'applicazione dell'accesso civico semplice e generalizzato previsti dal d.lgs. n. 33/2013, anche alla luce delle indicazioni generali dettate da ANAC.

L'Azienda Sanitaria di Caserta, in piena autonomia, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR, ha inserito un collegamento sulla home page del sito istituzionale alla pagina "PNRR della Regione Campania" e si sta procedendo all'implementazione di una pagina dedicata nella sottosezione "Altri contenuti".

In un'ottica di semplificazione, laddove i dati rientrano in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex d.lgs. n. 33/2013, si prevede l'inserimento nella corrispondente sottosezione, di un link che rinvia alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

4.4 Procedure di gara nell'ASL Caserta e gli indicatori di monitoraggio

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

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

4.4.1 Procedure di Gara per la fornitura di farmaci e presidi con gare aziendali (non So.Re.Sa.)

In Campania l'acquisto gran parte dei diversi beni sanitari ed alcuni servizi vengono gestiti quale stazione appaltante regionale dalla So.Re.Sa. (Società a totale partecipazione pubblica regionale).

I restanti acquisti di farmaci e materiali sanitari vengono gestiti dal Servizio Provveditorato tramite gare ad evidenza pubblica. La scelta e la tipologia di farmaci e materiali è a carico dei servizi farmaceutici sulla base del PTO regionale, salvo farmaci ad alto costo innovativi non disponibili sul portale So.Re.Sa. Analogamente le farmacie definiscono i fabbisogni per i materiali sanitari, mentre per il materiale protesico provvedono gli ortopedici.

Un ingente spesa viene sostenuta nell'ASL Caserta ed in Campania per l'acquisto sia di Ventilatori Polmonari che di Microinfusori per bambini e giovani diabetici. In questo ultimo caso la prescrizione avviene da parte di centri specializzati che già istruiscono i pazienti per un particolare microinfusore condizionando la nostra

Azienda ad acquistare quello specifico microinfusore.

Questo settore è ad alto rischio in quanto:

- La valutazione dei fabbisogni di farmaci rapportata al Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) e alla prescrizione degli specialisti interni (redatto con apposita modulistica informatizzata) deve essere accurata in quanto un'errata valutazione (non giustificata) può determinare un frazionamento degli acquisti a costi più alti;
- La tipologia di farmaci da inserire in gara deve tener conto in modo rigoroso del PTO e della specifica casistica dei DRG riducendo la prescrizione di farmaci esclusivi ad alto costo, spesso per influenze corruttive esterne.
- La classificazione di dispositivi e beni infungibili ed esclusivi deve essere avvalorata da valutazioni documentate e controllate da più attori del processo.

In questa logica i soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti:

- Definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno);
- Programmazione dell'acquisto;
- Definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi;
- Gestione dell'esecuzione del contratto.

Occorre altresì evitare:

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

La corretta definizione del **fabbisogno** è fondamentale per:

- Evitare sprechi di risorse in caso di sovradimensionamento o
- Il ricorso a procedure in deroga dettate da situazioni di urgenza, ricollegabili a un'inadeguata programmazione dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare.

Inoltre, è necessaria l'esatta conoscenza della logistica e delle giacenze di magazzino, il cui presupposto è la tracciabilità dei percorsi dalla fase dello stoccaggio a quella della somministrazione/consumo.

Una ulteriore necessaria misura sarà costituita **dai prezzi di riferimento dei beni e servizi** a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, che possono essere utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore. Detti prezzi devono costituire uno strumento vincolante per tipologie "omogenee" di beni e servizi in quanto favoriscono la confrontabilità/fungibilità tra i fabbisogni del soggetto acquirente e le caratteristiche dei prodotti/servizi oggetto di offerta.

4.4.2 Affidamenti servizi esternalizzati

Per tutti i servizi esternalizzati, sono state emanate e saranno confermate per il triennio 2023-2025 precise disposizioni di controllo sia sul personale che sulla qualità del servizio:

- Cartellino identificativo del personale con i dati anagrafici e ditta di appartenenza
- Acquisizione della lista dei dipendenti con orario di incarico e sede di lavoro
- Controllo degli accessi nelle strutture aziendali
- Rispetto del regolamento aziendale sul Codice di comportamento

Per ogni procedura il capitolato con la identificazione dei fabbisogni dovrà essere sia compatibile con i limiti di spesa ed il budget previsto nel Bilancio Preventivo ma anche frutto di accorta analisi.

Tipologie di rischio evidenziabili nella fase dell'identificazione del fabbisogno e dei capitolati:

- Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari;
- Abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive;
- Eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali;
- Reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto ovvero il ripetuto inserimento di specifici interventi;
- Presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi soggetti o di gare con unica offerta valida.

Tutto questi aspetti costituiscono elementi rivelatori di una programmazione carente e, in ultima analisi, segnali di un uso distorto o improprio della discrezionalità.

Misure proposte per ridurre i rischi:

- Controllo periodico dei tempi programmati anche mediante sistemi di monitoraggio in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara);
- Predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità, in fase di individuazione del quadro dei fabbisogni;
- Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni;
- Previsione di obblighi di comunicazione/informazione puntuale nei confronti del RPC in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza da effettuarsi tempestivamente, per rilevanti importi contrattuali;
- Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.

4.4.3 Procedure di acquisto di materiale economale

Nell'ASL Caserta tali acquisti vengono effettuati a livello centrale dal Settore Economato del Servizio Provveditorato e per piccolissime forniture dalle Direz. Amm.ve dei PP.OO e dei Distretti.

Nel triennio 2023-2025 tali procedure nell'ASL Caserta dovranno essere effettuate solo attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip.

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

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

Per il triennio 2024-2026, nessuna procedura per l'acquisto di computer, stampanti, server, scanner ed altro hardware e licenze software potrà essere effettuata con forme ed indagini diverse se non adeguatamente motivata ed in ogni caso in attuazione del regolamento degli acquisti precedentemente adottato.

4.4.5 Procedure di gara area tecnologie Sanitarie

Tali procedure nell'ASL Caserta vengono espletate dal Servizio Tecnologie Sanitarie e Telecomunicazioni che cura le gare per la fornitura della telefonia fissa e mobile, per la rete, l'acquisto di attrezzature sanitarie e per il global service della manutenzione attrezzature Sanitarie.

Per alcuni degli acquisti (vedi TAC, RMN) le gare vengono espletate a livello SO.RE.SA, per altre con adesione alla CONSIP o con MEPA.

Per il 2024 dovranno essere previste solo adesioni alle gare CONSIP e SORESA o procedure tramite MEPA.

4.4.6 Procedure di gara area tecnico manutentiva

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

Particolare attenzione dovranno porre gli attori del processo alla fase di programmazione scongiurando l'utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione.

In particolare, occorre potenziare tutti gli strumenti della trasparenza.

In questa logica gli attori del processo devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Occorre altresì evitare:

- Frazionamento nelle gare.
- Affidamenti diretti
- Proroghe degli affidamenti
- Gare urgenti
- Estensione su affidamenti già espletati
- Variante in corso d'opera per i lavori
- Aggiornamento prezzi
- Reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto
- La revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

4.4.6.1 Scelta del contraente

Con i seguenti rischi:

- Possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- È possibile il rischio di frazionamento, oppure alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto, in modo tale da non superare la soglia degli importi degli affidamenti prevista dalla norma;
- Può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate;
- Possibilità che i vari attori coinvolti manipolino le disposizioni che governano i vari processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. Possono rientrare in tale alveo, ad esempio, azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.
- Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;
- Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti;
- Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo.
- Assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante,
- Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando
- Mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o la nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità).

4.4.6.2 Principali rischi in corso di esecuzione del contratto

- Approvazione delle modifiche del contratto originario;
- Autorizzazione al subappalto;
- Ammissione delle varianti;

- Verifiche in corso di esecuzione; verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI);
- Apposizione di riserve.
- Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.
- Aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara

4.4.6.3 Principali rischi nella fase della rendicontazione del contratto

Nella fase di rendicontazione del contratto nel quale l'amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, è importante mappare il procedimento di nomina del collaudatore, il procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione nonché le attività connesse alla rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento.

Possono essere considerati elementi rivelatori di un'inadeguata rendicontazione l'incompletezza della documentazione inviata dal RP ai sensi dell'art. 10 co. 7, secondo periodo, decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 o, viceversa, il mancato invio di informazioni al RP (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo); l'emissione di un certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite. Si ritiene indice certo di elusione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari la mancata acquisizione del CIG o dello Smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero la sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento.

4.4.6.4 Programmazione misure Esecuzione del Contratto

Misure di Controllo

Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000

È opportuno che sia organizzato un adeguato sistema di controllo su questo tipo di affidamenti strutturando flussi informativi tra il RUP, il RPCT e il collegio dei revisori aziendali, al fine di consentire di verificare, nel caso in cui l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto, se la scelta sia sorretta da idonea motivazione. Il RPCT può richiedere ai RUP dati e informazioni, anche aggregate, sulle scelte e le relative motivazioni nonché su eventuali scostamenti tra l'importo del contratto e l'importo corrisposto all'appaltatore, illustrandone la motivazione; nel caso in cui sia rilevata la violazione dell'art. 35 del Codice dei contratti pubblici – in ordine al calcolo dell'importo dell'appalto, che deve comprendere i costi aggiuntivi connessi all'utilizzo o alla manutenzione dei beni – il RPCT provvede a segnalare il fatto agli organi di vertice e ad altri organi competenti.

4.4.6.5 Acquisti autonomi e proroghe contrattuali

Si richiama l'esigenza di motivazione espressa della scelta di ricorrere alla proroga contrattuale, con esplicitazione dei vari livelli di responsabilità e relativa asseverazione da parte dei vertici aziendali.

Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, co. 3, del d.l. 66/2014), è opportuno prevedere l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato «non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi».

Tab.99: Misure preventive e correttive previste

<i>Misure preventive e correttive previste</i>
Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti.
Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere.
Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).
Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni.
Per rilevanti importi contrattuali previsione di obblighi di comunicazione/informazione puntuale nei confronti del RPCT in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza da effettuarsi tempestivamente.
Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.
Prevedere una strategia di acquisto per assicurare la rispondenza della più ampia procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici
Introdurre consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche
Provvedere alla nomina del responsabile del procedimento con rotazione degli stessi e variazione del personale di supporto al RUP
Porre particolare attenzione nella scelta della procedura di aggiudicazione al ricorso alla procedura negoziata
Definire precisi criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione e criteri di attribuzione del punteggio.
Evitare di prevedere requisiti restrittivi di partecipazione;
Valutare con completezza la stima del valore dell'appalto
Inibire la redazione di progetti e capitolati approssimativi e che non dettagliano sufficientemente ciò che deve essere realizzato in fase esecutiva
Non prevedere criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto
Definire linee guida che introducano criteri stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto;
Introdurre audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione
Stilare direttive interne/linee guida che limitino il ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati, o di lavori che non lasciano margini di discrezionalità all'impresa
Dettagliare obbligatoriamente nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta
Prevedere nella sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara
Utilizzare clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici
Prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del Contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità
Inserire misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari
Pubblicare un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche
Preventiva individuazione, mediante direttive e circolari interne, di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti da parte del RUP
Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare
Utilizzo di sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare
Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013
Previsione di procedure interne per la verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante
Obbligo di comunicare al RPC la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante)
Direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica

<i>Misure preventive e correttive previste</i>
ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro
Obbligo di effettuare l'avviso volontario per la trasparenza preventiva
Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione
Effettuare procedure di gara utilizzando la procedura telematica "Albo fornitori e procurement".
Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara;
Direttive/linee guida interne per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
Accessibilità online della documentazione di gara.

Tab.100: Ulteriori misure da attivare

<i>Ulteriori misure da approvare</i>
Linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori;
Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte;
Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti;
Linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori;
Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte;
Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti;
Tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle Commissioni di gara suddivisi per professionalità;
Scelta dei componenti delle commissioni, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati.
Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nominativi o di reclami/segnalazioni sulle nomine effettuate.
Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti: • L'esatta tipologia di impiego/lavoro, sia pubblico che privato, svolto negli ultimi 5 anni; • Di non svolgere o aver svolto «alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta» (art. 84, co. 4, del Codice); • Se professionisti, di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 84, co. 8, lett. a), del Codice); • Di non aver concorso, «in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi» (art. 84, co. 6, del Codice); • Di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali; • Assenza di cause d'incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 c.p.c., richiamato dall'art. 84 del Codice. • Assenza di cause di inconferibilità previste dall'art.3 del D.Lgs. 39/13
Introduzione di misure atte a documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.
Check list di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico.
Obbligo di segnalazione agli organi di controllo interno di gare in cui sia presentata un'unica offerta valida/credibile.
Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di Controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate".
Pubblicazione sul sito internet dell'amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.

4.5 Indicatori di Monitoraggio

Indicatori adottati dall'ASL Caserta e previsti quale monitoraggio nel PTPC comuni a tutte le gare

- Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- Numero di acquisti tramite MEPA/ su numero totale di acquisti totali;
- Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
- Percentuale di gare con un'unica offerta valida;
- Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico);
- Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;

- Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

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

- Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo;
- Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando;
- Numero di affidamenti mediante offerta economicamente più vantaggiosa /sul totale degli affidamenti effettuati nello stesso periodo di tempo;
- Numero di affidamenti sottosoglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia;
- Conteggio del numero di procedure attivate in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta;
- Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale;
- Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati;
- Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi;
- effettuazione di un report periodico da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione sulle procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo (quali importo, tipologia di procedura, numero di partecipanti ammessi ed esclusi, durata del procedura, ricorrenza dei medesimi aggiudicatari, etc.) in modo che sia facilmente intellegibile il tipo di procedura adottata, le commissioni di gara deliberanti, le modalità di aggiudicazione, i pagamenti effettuati e le date degli stessi, le eventuali riserve riconosciute nonché tutti gli altri parametri utili per individuare l'iter procedurale seguito;
- Pubblicazione del report periodico sulle procedure di gara espletate sul sito della stazione appaltante;
- Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori, da selezionare di volta in volta tramite sorteggio;
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo;
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo;
- Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.

Per tutti i servizi /UOOO aziendali deputate alle procedure di gara (come da allegato 1- schede rischio) sono stati identificate le procedure con "rischio alto" sono stati identificati i fattori abilitati e previste le misure correttive.

Tab.101: Programmazione misure Forniture

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatori di monitoraggio
Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi	Direttori U.O.C. Farmacie Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti Dipartimenti	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
		Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico)
		Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
		Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).
Monitoraggio servizi esternalizzati	Direttori U.O.C. Provveditorato, Settore Informatico Direzioni PP.OO,	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
		Affidamenti tramite MEPA/affidamenti complessivi (quantità e valore)
		Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
		n. indagini MEPA per la stessa tipologia di servizio/fornitura per anno

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatori di monitoraggio
	Direzione Distretti Dipartimenti Tecnologie sanitarie Serv. Tecnico Manutentivo Patrimonio	Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte agg.
		N. Gare MEPA con valore di poco inferiore a 40.000 euro/indagini MEPA complessive
		Numero di affidamenti sotto soglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia
		Percentuale di gare con un'unica offerta valida
		Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale
Monitoraggio Acquisto Materiale Economale	Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
		Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
		Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie
		Percentuale di gare con un'unica offerta Valida
Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso	Direttori U.O.C. Provveditorato, Settore Informatico del C.dG	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
		Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
		Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie
		Percentuale di gare con un'unica offerta valida
		Numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero di acquisti totali
Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica	Direttori U.O.C. Provveditorato STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO.	Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo
		Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando.
		Analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sottosoglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara.
Monitoraggio Selezione del Contraente	Direttori U.O.C. Provveditorato, Tecnologie Sanitarie, STM, Patrimonio, Distretti, PP.OO. Dipartimenti	Conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta;
		Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale.
Esecuzione del Contratto	Direttori U.O.C. Provveditorato, Tecnologie Sanitarie, STM, Patrimonio, Distretti, PP.OO. Dipartimenti	Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati.
		Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi.
		Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi
Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione dei Contratti	Direttori U.O.C. Patrimonio	Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati.
		Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi.
		Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi

4.6 Aree di Rischio -Reclutamento del personale Incarichi e nomine

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

- Coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore;
- Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018);
- Attenta e puntuale definizione dei requisiti di ammissione;

- Commissione di concorso neutrali e competenti.

Per la costituzione delle Commissioni di concorso occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- Selezione dei membri della commissione giudicatrice
- Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, e la loro rotazione,
- Definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione,
- Acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità
- Verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi
- Verifica del rispetto dell'articolo 35-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, in materia di prevenzione del fenomeno della corruzione che nella formazione di commissioni concorsuali, stabilisce che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi
- Osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione.
- Rotazione (vedi pag.84)

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

Tali incarichi sono di nomina regionale, pertanto le dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità e inconfiribilità sono acquisite dalla Regione Campania e pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente – Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice" raggiungibile al seguente link: <https://www.aslcaserta.it/index.php/titolari-di-incarichi-dirigenziali-amministrativi-di-vertice/>, contestualmente al curriculum vitae, all'atto di nomina e alla situazione patrimoniale e reddituale.

"Particolare attenzione va rivolta invece al conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio (strutture complesse ed incarichi a professionisti esterni). L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12. Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta. Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore Generale delle aziende sanitarie in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi. Vale, infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, il principio per il quale ogni azienda deve dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse" (Del ANAC 831/2016).

I CCNL della dirigenza del SSN prevedono le seguenti tipologie di incarichi per la Dirigenza Medica e Sanitaria:

- Incarico di direzione di struttura complessa;
- Incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- Incarico di direzione di struttura semplice;
- Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- Incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

In via generale, si fa presente che gli obblighi di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria dall'art. 41, co 2 e 3, d.lgs. 33/2013 - ovvero direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, responsabili di dipartimento e di strutture complesse - sono estesi anche ai responsabili di struttura semplice, per effetto della modifica apportata dal d.lgs. 97/2016. Al fine di rendere coerente l'applicazione della norma di cui all'art. 41, co 3, cit., il riferimento all'art. 15 del d.lgs. 33/2013 ivi contenuto, e presumibilmente rimasto immutato per un difetto di coordinamento normativo, deve intendersi all'art. 14 del medesimo decreto; diversamente si avrebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra i dirigenti medici e gli altri dirigenti. Vedi programma per la Trasparenza.

4.6.1 Incarichi dirigenziali di struttura complessa

Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo.

Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi *ad interim* o utilizzando lo strumento del facente funzione. Può costituire una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate.

Per le posizioni dirigenziali di strutture complessa la costituzione della Commissione esaminatrice è vincolata da precise norme nazionali e regionali. Occorre solo rendere pubblico e trasparente il sorteggio.

Per la costituzione delle Commissioni di concorso per l'ammissione alla dirigenza (strutture non complesse) occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- Selezione dei membri della commissione giudicatrice,
- Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, e la loro rotazione,
- Definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione,
- Acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità
- Verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi.

Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, al fine di evitare il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, esempi di misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione dei criteri di valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.

Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

All'atto della nomina, i dirigenti devono produrre la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità ai sensi del decreto legislativo n.39 del 08/04/2013. Come per i titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente unitamente al curriculum vitae.

Il ruolo del RPCT relativamente a tali misure - definito dall'art.15 del d.lgs. 39/2013 nonché dalle «Linee guida in materia parte del responsabile della prevenzione della corruzione» approvate con Delibera ANAC n. 833 del 3/08/2016 consiste nella vigilanza interna, ed in particolare:

- Monitoraggio dell'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'apposita sezione trasparenza del sito istituzionale;

- Conduzione di verifiche a campione o mirate sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, utilizzando gli Uffici aziendali competenti ad acquisire i riscontri documentali necessari.

L'ASL di Caserta al fine del monitoraggio, ha implementato il gestionale che permette la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, inserendo un campo che consente di individuare l'anno di presentazione della dichiarazione. Questo consentirà la verifica massiva del grado di aggiornamento delle dichiarazioni presentate dai dirigenti, nonché, velocizzando le tempistiche, un migliore approfondimento della qualità delle dichiarazioni rese.

4.6.2 Incarichi a Direttore di Dipartimento

La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale con implicazioni anche con il settore degli acquisti, è infatti in capo al Direttore del dipartimento, sia esso ospedaliero o territoriale, la responsabilità anche in ordine alla corretta e razionale programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, sono rese obbligatorie le misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avendo riguardo delle seguenti indicazioni:

- Esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- Predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;
- Esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- Pubblicazione degli atti del procedimento.

4.6.3 Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero

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

4.6.4 Incarichi di Direzione di struttura semplice

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'Azienda Sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato.

Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7-*quater*, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa – in questo ambito – sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.

Per questi incarichi l'Azienda con delibera 1628 del 26.10.2021 ha adottato uno specifico regolamento per il conferimento degli incarichi ed in particolare art. 2, Art.3 e art.4.

Saranno in ogni caso adottati tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento con le seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- Verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- Pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le

funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);

- Avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
Predeterminazione dei criteri di selezione;
- Misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- Esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);
- Esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- Pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la composizione degli organi di natura tecnica che dovranno selezionare i candidati (es. sorteggio informatico)."

Come precisato si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.

4.6.5 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale dell'Area Sanità (sottoscritto in data 19 Dicembre 2019 valido per il triennio 2016-2018. artt.17 e ss.), e nello specifico regolamento adottato dall'Azienda cui si rinvia (Del 1628 del 26.10.2021) ed in particolare art. 2 comma 8, 9,10 e 11, Art.3 e art.4.

Occorre pertanto che le Aziende Sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'Azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

4.6.6 Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

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

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

Tra le tipologie di incarico, quelle previste dall'articolo 15 septies del decreto legislativo 502/1992 si caratterizzano per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. L'articolo stabilisce che le aziende sanitarie ed ospedaliere:

- Possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico, mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporti di lavoro escluso di durata non inferiore a due anni e non superiori a cinque con facoltà di rinnovo, nei limiti del 2% della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del 2% della dotazione organica degli altri ruoli dirigenziali, a laureati con comprovata qualificazione professionale e particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica;
- Possono conferire incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con l'incarico, per un numero non superiore al 5% della dotazione organica della dirigenza sanitaria nonché al 5% della dotazione organica della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa.

L'azienda prevede una serie di misure per massimizzare i livelli di trasparenza e imparzialità nelle procedure di selezione relative all'attribuzione di incarichi di cui sopra. In particolare, tenuto conto dell'eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico, l'azienda esplicita attraverso pubblicazione sul sito istituzionale:

- Le motivazioni del ricorso a tale procedura derogatoria, comprendendo motivazione per il mancato espletamento di concorsi per il reclutamento ordinario;
- La durata dell'incarico;
- Le competenze professionali richieste;
- I criteri di selezione.

In linea generale, l'ANAC stabilisce nell'approfondimento che l'attribuzione degli incarichi sia interni sia esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità e che i piani delle singole aziende devono prevedere misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle previste dall'articolo 41 del decreto legislativo 33/2013 (obbligo di pubblicazione di tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento).

Come precedentemente, detto l'azienda si impegna per la pubblicazione di tutti gli atti e le notizie relative ai bandi di concorso. In particolare, nella sezione "Amministrazione trasparente – Bandi di concorso" (raggiungibile al link <https://www.aslcaserta.it/index.php/bandi-di-concorso/>) sono presenti le informazioni per:

- Selezioni direttori UU.OO.CC.;
- Bandi di concorso a tempo indeterminato: dirigenza medica e veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa; comparto;
- Bandi di concorso a tempo determinato: dirigenza medica e veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa; comparto;
- Bandi di concorso per incarichi di collaborazione;
- Bandi di concorso riservati a personale dipendente;
- Mobilità esterna;
- Concorsi e selezioni altre ASL/Enti;
- Turni vacanti, graduatori ed esclusioni specialistica ambulatoriale.

4.6.8 Incarichi extra-istituzionali

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per l'attività libero professionale, extra ed intra-muraria, del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo, lo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL di Caserta è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate nonché delle prescrizioni aziendali.

Oltre alla verifica dell'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario o che hanno rapporti con l'Azienda, resta fermo l'obbligo di comunicare al RPCT il numero di autorizzazioni rilasciate in ciascun anno, distinguendo tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché le eventuali segnalazioni e violazioni accertate sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati, anche ai fini della redazione della relazione del RPCT di fine anno.

Le misure operative che attengono alla disciplina delle attività ed incarichi extra-istituzionali sono:

Tab.102: Misure operative attività ed incarichi extra-istituzionali

<i>Area di rischio</i>	<i>Processo a cui applicare le misure di prevenzione</i>	<i>Misure di prevenzione</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Soggetto responsabile</i>	<i>Tempistica</i>	<i>Monitoraggio</i>
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto	Autorizzazione allo svolgimento incarichi ed attività extra-istituzionali	Report al RPCT su numero richieste autorizzate (distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti) e numero di richieste non autorizzate al 30/11; Indicazione di eventuali segnalazioni in merito allo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati.	Osservanza disciplina in materia di incarichi extra-istituzionali	Servizio GRU	Entro il 30.11 di ogni anno	Reportistica

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte del dirigente, del funzionario o del professionista sanitario può preconstituire situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale, ponendosi altresì come sintomo della possibilità che insorgano legami corruttivi. Per questi motivi, l'articolo 1 della legge 190/2012, è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001 Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla Legge e dai Contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento e le attività extra-istituzionali sono consentite nei limiti di quanto previsto dalla norma

Programmazione misure Reclutamento personale

Tab.103: Misure reclutamento personale

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Reclutamento del personale Incarichi e nomine	Direttore U.O.C. GRU	Coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore, Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " <i>Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia</i> " (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018)
		Criteri di scelta di commissioni di concorso neutrali e competenti.

Altre Aree di Rischio Specifiche in Sanità

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

4.7 Aree di rischio specifico in Sanità - Attività Libero Professionale ALPI e Liste di Attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per questi motivi è necessario prevedere delle misure di gestione del rischio nella fase autorizzatoria, nello svolgimento dell'attività e nelle interferenze con l'attività istituzionale. I possibili eventi rischiosi possono essere:

- False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime intramoenia;
- Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- Lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- Squilibrio tra numero di prestazioni erogate in regime ordinario e numero di prestazioni erogate in ALPI;
- Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Le misure adottate, anche dalla nostra azienda, per contrastare tali fenomeni sono:

- Informatizzazione delle liste d'attesa;
- Prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP;
- Aggiornamento periodico delle liste di attesa;
- Valutazione periodica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI;
- Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali;
- Ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'attività in ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare aziendale;
- Adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione.

L'azienda, inoltre, confronta periodicamente le prestazioni erogate in intra/extramoenia con le prestazioni erogate in attività istituzionali attraverso i seguenti indicatori:

$$x = \frac{\text{numero di prestazioni erogate in intramoenia}}{\text{numero di prestazioni erogate in attività istituzionali}}$$
$$x = \frac{\text{numero di prestazioni erogate in intramoenia allargata}}{\text{numero di prestazioni erogate in attività istituzionali}}$$

La valutazione avviene sia per singolo specialista che per equipe.

Misure previste nel presente PTPC

- Preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete);
- Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali;
- Ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda.
- Attualmente la gestione del CUP sia quello per le prestazioni in regime ordinario che quello per le prestazioni ALPI nell'ASL Caserta sono informatizzate dal Portale Regionale CUP/So.Re.Sa.
- Ed inoltre vige:
- Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP regionale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;
- Aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;

- Analogamente per la prenotazione, erogazione e fatturazione dell'ALPI;

Per quanto concerne l'ALPI la stessa può essere espletata presso "studi professionali in rete", al fine di evitare la violazione degli obblighi di fatturazione e la mancata prenotazione tramite il servizio aziendale. Ciò nonostante, occorre rafforzare i controlli e le verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia.

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013, che include anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario, l'ASL adotterà ulteriori misure per rafforzare la trasparenza dell'attività svolta in regime di libera professione in tutte le sue fasi.

Programmazione misure ALPI

Tab.104: Misure ALPI

Azioni	Responsabile attuazione	Indicatore di monitoraggio	2024	2025	2026
ALPI	Struttura di supporto ALPI	Numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)	< 70 %	< 70%	< 70%
		Numero di prestazioni erogate in intramoenia allargata rendicontate / numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)	< 70 %	< 70%	< 70%

4.7.1 Liste d'attesa

Per quanto concerne, invece, le liste d'attesa il problema riscontrato, su tutto il territorio nazionale, è dato dalla lunghezza delle liste e quindi delle tempistiche di attesa del cittadino nella fruizione dei servizi del sistema sanitario nazionale/regionale. Le motivazioni alla base possono essere così riassunte:

- Carenza di specialisti ambulatoriali;
- Minore offerta di prestazioni da parte delle strutture ospedaliere per la riduzione degli organici con prevalente impegno per le attività di guardia e di emergenza;
- Scelta dell'utente di particolari specialisti per i quali si registrano tempi lunghi che alterano la media;
- Offerta territoriale disomogenea;
- Errata registrazione sul sistema informativo aziendale del grado di priorità.

L'azienda ha, inoltre, recepito il D.G.R.C. N.620 del 29/12/2020 recante "Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa ai sensi dell'art.29 del D.L. N.104 del 14 agosto 2020" allo scopo di ridurre le liste d'attesa e la prevenzione di rischi corruttivi con deliberazione del Direttore generale N.1039 del 24/06/2021. In particolare, l'azienda ha costituito un gruppo di lavoro assegnando i seguenti obiettivi:

- Elaborare un programma progettuale per il recupero delle prestazioni non erogate in periodo pandemico;
- Garantire il monitoraggio delle prestazioni recuperate con l'attivazione degli strumenti previsti dal Piano, nonché analizzare costantemente la situazione al fine di porre in essere le azioni di miglioramento;
- Inviare agli uffici regionali la rendicontazione dell'utilizzo dei fondi distribuiti per la riduzione delle liste di attesa e i dati relativi al recupero delle prestazioni erogate nel periodo di emergenza.

L'ASL di Caserta con deliberazione del Direttore Generale n.369 del 12/11/2019, ha approvato il "Programma attuativo aziendale Governo delle liste di attesa 2019/2021 – ASL Caserta", modificato con deliberazione del direttore generale 1201 del 22/07/2021, tenuto conto delle novità normative in materia. Il programma prevede come strategie per la razionalizzazione:

- Ricognizione delle liste d'attesa;
- Obbligo per i medici prescrittori dell'apposizione del criterio di priorità sulla ricetta, così come previste dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ed in particolare:

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve): da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile): da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata): da eseguire entro 180 giorni (a partire dal 31/12/2019, in precedenza 120 giorni).

Per le prestazioni in regime di ricovero:

- A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o in cui ulteriore ritardo possa recare grave pregiudizio alla prognosi;
- B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità ma che non manifestano tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possano, per l’attesa, ricevere grave pregiudizio di prognosi;
- C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestino tendenza ad aggravarsi né possano per l’attesa ricevere pregiudizio alla prognosi;
- D: ricovero senza attesa massima definita nei casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro 12 mesi.
- Obbligo per il medico prescrittore di inserire il quesito diagnostico, secondo le linee guida regionali su tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, comprese le analisi di laboratorio;
- Obbligo per il medico prescrittore di riportare nelle procedure di prenotazione l’indicazione “prima visita” o “controllo”.
- Verifica del carico di lavoro degli specialisti ambulatoriali;
- Imposizione a tutti gli specialisti ospedalieri di garantire un’offerta prestazionale adeguata in rapporto all’intramoenia;
- Potenziamento degli organici dei presidi ospedalieri aziendali per garantire un’adeguata apertura ambulatoriale;
- Implementazione sul sito web dell’aziendale di un portale ove è possibile:
 - Ricercare disponibilità delle prestazioni;
 - Prenotare prestazioni con APP smartphone;
 - Pagare ticket;
 - Disdire prenotazioni;
 - Visualizzare i tempi di attesa delle prestazioni e dei ricoveri;
 - Accedere ad un’area riservata per visualizzare la propria scheda anagrafica.

Programmazione misure per le Liste di Attesa

Tab.105: Misure liste di attesa

Azioni	Responsabile attuazione	Indicatore di monitoraggio	2024	2025	2026
Liste di Attesa e Attività ALPI	Direttori U.O.C. AA.GG. Dirigenti ALPI	Carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali garantire un’adeguata apertura ambulatoriale nei PP. OO.	70%	85%	100%
		Applicazione del Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa.	100%	100%	100%

4.8 Controlli nelle strutture accreditate

Anche nell’area dell’accreditamento delle strutture private si annida la corruzione in quanto a fronte di precise esigenze dell’utenza che potrebbero essere soddisfatte dalle strutture pubbliche ben amministrate, **si preferisce esternalizzare servizi**.

Il servizio sanitario pubblico e quello privato collaborano, ma con finalità diverse.

Il primo ha l’obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali; il secondo ha lo scopo – lecito – di generare utili. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sull’accreditamento e la fornitura di prestazioni a prezzi concordati.

Nelle Case di Cura le truffe riguardano spesso **“Raggruppamenti omogenei di diagnosi”** e servono a

stabilire le tariffe per le prestazioni che vengono caricate sul Servizio Sanitario Nazionale. Proprio **“truccando”** i referti e quindi «facendo rientrare l'intervento nella categoria autorizzata oppure per la quale è previsto un rimborso superiore al dovuto» sono stati drenati centinaia di milioni di euro alle casse statali. **Il caso più eclatante riguarda le operazioni di chirurgia estetica che invece vengono spacciate per interventi su gravi patologie, spesso addirittura tumorali. Le rinoplastiche fatte passare come settoplastica sono certamente frequenti, ma c'è anche chi si è rifatto il seno, le cosce, l'addome sostenendo di essere molto malato, addirittura in pericolo di vita.**

A seguito di esposto, sono stati predisposti nel 2020 controlli e verifiche da apposita commissione presso i tre Centri Antidiabetici accreditati l'esito può essere così riassunto:

- La produzione rendicontata è risultata sproporzionata rispetto ai limiti fissati dal contratto annuale sottoscritto per cui è stato sospeso l'acconto previsto dal contratto al 90% (gennaio-giugno2020).
- Incongruenza tra gli specialisti comunicati all'UOC Controllo Strutture Accreditate e al Distretto di competenza con l'elenco specialisti inserito ne portale SANIARP
- Molte prestazioni risultano rese oltre la COM nelle singole branche
- In alcuni casi pazienti risultano aver effettuato esami strumentali non erogabili dal centro perché sfornito di adeguata strumentazione
- Esami strumentali eseguiti senza specifica indicazione
- Incongruenza tra pazienti inseriti nel file C e l'elenco dei pazienti dell'accettazione giornaliera del centro.

Il riscontro di tali criticità ha portato a richiedere con delibera N.1235 del 07/10/2020 alla Regione Campania la sospensione o revoca dell'accreditamento istituzionale disposto a favore del centro.

Con Relazione prot. N.1220981 del 27/09/2021 il responsabile f.f. della UOC “Acquisto e controllo prestazioni esterne strutture accreditate”, ha comunicato che al centro di cui si sta trattando, persistendo il suo comportamento anomalo, è stato revocato l'Accreditamento a far data dal 28/04/2021.

Pertanto, per quanto sopra, si sottolinea la necessità di:

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

Contesto esterno dell'ASL di Caserta

Tab.106: Strutture accreditate che assicurano l'assistenza specialistica

<i>Strutture specialistiche per branca</i>	<i>N. strutture</i>
N° laboratori Patologia Clinica	61
N° strutture di radiologia	28
N. radioterapia	2
N° strutture di cardiologia	13
N° strutture Dialisi	20
N° strutture di FKT	28
N° strutture diabetologia	5
N° strutture Medicina nucleare	5
N° strutture Branche a visita	13

L'Assistenza Ospedaliera in regime di accreditamento è assicurata da **13 Case di Cura** Di cui:

- N. 1 casa di Cura Pineta Grande con PS attivo. Ostetricia e Rianimazione
- N. 1 ad indirizzo neuropsichiatrico convertita in RSA
- N. 1 con lungodegenza
- N.1 Riabilitativa
- N. 3 senza ostetricia (Clinica S Anna, Clinica dei Pini Athena, Villa Fiorita di Aversa)
- N. 6 con ostetricia e nido

L'Assistenza negli Hospice è assicurata da una struttura pubblica (PO S Felice a C.) e tre strutture accreditate:

- Hospice Casa di Cura Villa Giovanna (Tora e Picilli)
- Hospice Ville Fiorita (Capua)
- Hospice Nicola Falde

Tab.107: Strutture che assicurano l'assistenza Territoriale Riabilitativa

<i>Strutture specialistiche per branca</i>	<i>N. strutture</i>
Centri di Riabilitazione	18
Centri di FKT	22
RSA per disabili e/ Anziani	11

Le attività di controllo vengono assicurate da tre strutture centralizzate di controllo:

- Serv. Centralizzato Controllo e Liquidazione Case di Cura
- Serv. Centralizzato Controllo e Liquidazione Centri accreditati
- Serv. Centralizzato Controllo prestaz. di Riabilitazione.

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

Per le attività di ricovero lo specifico servizio aziendale provvede al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni nelle Case di Cura con un nucleo ispettivo che si reca nelle stesse strutture verificando, sulla base di specifici indicatori, le cartelle cliniche.

Vengono in particolare controllati i ricoveri ripetuti, i parti cesarei, i casi di DRG particolarmente complessi, le attività chirurgiche, i day surgery etc.

I Nuclei distrettuali verificano la reale presenza degli ammalati ed il rispetto degli orari e dei turni.

Per i centri accreditati il controllo viene effettuato sulla base dei dati dei file trasmessi e con verifica delle ricette (corrispondenza tra file e ricetta). Analogamente vengono verificate le Capacità Operative Medie (COM) ed applicati i tetti di spesa.

Analogo controllo viene effettuato sugli organici dichiarati e sulla presenza in più centri degli stessi specialisti.

I requisiti strutturali e tecnologici di accreditamento vengono verificati da apposite commissioni del dipartimento di prevenzione.

Come già riportato poco innanzi, si ravvisa inoltre la necessità di:

- Intensificare ed istituire controlli periodici con sopralluoghi in situ da parte di commissioni all'uopo costituite con personale qualificato.
- Potenziare i controlli informatici
- Attuare a pieno la delibera 1155/2021 con il pieno coinvolgimento delle strutture distrettuali.

"La regolazione dei rapporti pubblico-privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzati nelle relative procedure, possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse.

In questa logica lo strumento contrattuale rappresenta una delle principali leve attraverso le quali migliorare il processo di negoziazione tra il committente/azienda sanitaria e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale"

Possibili eventi a rischio

- Errori nella valutazione dei fabbisogni
- Ritardi o accelerazione nel rilascio delle autorizzazioni
- Ritardi o accelerazioni nelle visite ispettive finalizzate al rilascio delle autorizzazioni
- Omissioni e/o irregolarità nei verbali ispettivi

Misure definite nel presente PTPC

- Criteri per definire e quantificare i fabbisogni
- Rigoroso protocollo delle richieste di autorizzazione con evasione cronologica
- Criteri oggettivi per la nomina delle commissioni
- Rotazione dei componenti delle commissioni
- Incompatibilità tra componenti delle commissioni ed incarichi di servizio di liquidazione
- Lista rigorosa degli adempimenti e delle procedure ispettive
- Per gli accordi contrattuali rigorosa attuazione dei decreti del Commissario ad Acta sui tetti di spesa
- Rotazione del personale deputato al controllo
- Rigorose misure di verifica dell'appropriatezza dei DRG con analisi delle cartelle cliniche
- Verifica delle COM giornaliera e mensile

Programmazione misure Controlli nelle Strutture Accreditate

Tab.108: Misure Controlli nelle Strutture Accreditate

Azioni	Responsabile attuazione	Indicatore di monitoraggio	2024	2025	2026
Controlli nelle strutture accreditate	Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate	Numero controlli in situ di commissioni preposte Confronto delle COM degli ultimi tre anni Confronto dei Tetti di spesa negli ultimi tre anni per centro. Verifica del Nr. di Commissioni nominate per controlli	50%	70%	100%
		Adozione di procedure interne relative ai controlli.	100%	100%	100%

4.9 Attività di vigilanza, controlli, ispezioni nell'area del Dipartimento di Prevenzione

"Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori. "... con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione," ed ancora nella determina ANAC n.12/2015 ..."È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con Check list, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso".

4.9.1 Misure per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria

Tab.109: Misure Controlli Area Veterinaria

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Rilascio pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni di stabilimenti	Parere per riconoscimento stabilimenti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 10% nel '24 (15% nel '25 e 20 nel '26) delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP Rotazione del personale. Verifica conflitto di interesse
		Registrazione stabilimenti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 5% nel '24(8% nel '25 e 10% nel '26) delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP Rotazione del personale. Verifica conflitti interesse

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
		Autorizzazione trasporto animali	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici; 3) Eccessiva discrezionalità del procedimento; 4) Mancata rotazione del personale;	Regolamentazione intera. Verifiche e Controlli in merito alla corretta applicazione delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia da parte del Direttore di UOC. Rotazione del personale preposto all'istruttoria; Verifica conflitti di interesse
	Effettuazione di controlli ufficiali ed altre attività in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Azioni in caso di non conformità	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici; 3) Eccessiva discrezionalità del procedimento; 4) Mancata rotazione del personale;	Regolamentazione interna Supervisioni/Controlli Rotazione del personale; Verifica conflitti di interesse
	Piani di Profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, infestive, diffuse e zoonotiche negli animali domestici e non	Ispezioni di legge Verifica documentazione e Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici; 3) Eccessiva discrezionalità del procedimento; 4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.	Regolamentazione interna. Verifiche e Controlli del corretto adempimento dei piani di profilassi da parte del Direttore di UOC sostanzianti in Report Semestrali Rotazione del personale; Trasparenza; verifica conflitti di interessi
Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione documenti, Educazione sanitaria	Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (mod.4 certificazioni avicuniculi)	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici; 3) Eccessiva discrezionalità del procedimento; 4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. 6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Verifica conflitto interessi. Rotazione personale addetto
	Attestazioni per trasporto animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto
	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici; 3) Eccessiva discrezionalità del procedimento; 4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. Omissione di rilievi	Rotazione del personale Supervisione da parte del Direttore UOC; Verifiche ispettive interne; Verifica conflitto di interesse
	Certificato per movimentazione extracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici; 3) Eccessiva discrezionalità del procedimento; 4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. 6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto

4.10 Assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedalieri

4.10.1 U.O.A.S.B

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

- Gestione CUP, accettazione prenotazione e pagamento ticket
- Autorizzazione rimborsi assistiti
- Rimborsi viaggi dialisi
- Viaggi in Italia e all'estero per ricoveri e trapianti
- Rimborso microciternici e malattie rare
- Acquisto microinfusori e altro materiale
- Gestione anagrafe assistiti con scelta e revoca del medico di fiducia e PLS
- Gestione mobilità internazionale

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

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

4.10.2 U.O.A.R.

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Riabilitativa le seguenti procedure:

- Autorizzazione presidi sanitari
- Per incontinenza a raccolta
- Per incontinenza ad assorbenza
- Ventilatori polmonari
- Protesica di cui agli elenchi 1,2 e 3
- Autorizzazione prestazioni riabilitative ex art.26 ed ex art.44 3- Autorizzazione ricoveri cod. 56

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

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

4.10.3 Medicina Legale

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

- Commissioni
- Collegio Medico
- Commissione patenti speciali
- Visite fiscali
- Visite per concessioni patenti e posti invalidi ed altre esenzioni

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

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

Misure per l'area dell'assistenza distrettuale

Tab.110: Misure per l'area dell'assistenza distrettuale

Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Rilascio esenzioni ticket	Richiesta utente, verifica presupposti, rilascio esenzione	1) Indebito riconoscimento del diritto di esenzione ticket finalizzato a favorire determinati soggetti;2) Interesse esterno;3) Discrezionalità del processo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)
				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '24; 20% nel '25; 30% nel '26)
Scelta e revoca Medico: Medico Medicina Generale /Pediatria di Libera scelta	Richiesta utente	Mancanza di trasparenza nelle informazioni fornite all'utenza per la scelta del MMG e/o PLS	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse; 5) Misure di trasparenza; 6) Pubblicazione e aggiornamento sul Sito Aziendale dell'elenco dei MMG e PLS con n. scelte; 7) Attivazione scelta e revoca on line	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)
				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '24; 20% nel '25; 30% nel '26)
				Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)

Autorizzazione ed Erogazione diretta presidi ed ausili sanitari	Richiesta e acquisizione/verifica documentazione	Discrezionalità nell'autorizzazione/ prescrizione di dispositivi finalizzata ad ottenere indebiti vantaggi per sé o altri	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '24; 20% nel '25; 30% nel '26)
Prenotazione visite specialistiche / prestazioni consultoriali /ADI	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)
				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
Autorizzazioni per ricoveri sanitari extraregione	Istanza utente, verifica documentazione autorizzazione	Elusione/Omissione di procedure e prescrizioni di Legge (Regionale e Nazionale) al fine di favorire determinati soggetti rispetto ad altri)	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)
				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '24; 20% nel '25; 30% nel '26)
Liquidazione / pagamenti / rimborsi: ausili, presidi e protesi, spese sanitarie, viaggio e alloggio, spese viaggio pazienti dializzati, ossigeno-terapia convenzionati esterni	Istanza/fattura, verifica presupposti, provvedimento liquidazione	Discrezionalità nella predisposizione degli atti con possibilità di favorire fornitori in mancanza di documentazione regolare. Omissione di controllo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)
				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '24; 20% nel '25; 30% nel '26)
Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa. Impropria riserva di posti	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)
				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 L.833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	Verifica documentazione autorizzazione	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri.	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)
				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '24; 20% nel '25; 30% nel '26)
Gestione Mobilità Internazionale	Verifica documentazione	1) Omissione incasso;2) errata registrazione come utente non abbinata	1) Controlli a campione; 2) Rotazione del personale; 3) Formazione	Rotazione (30% nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26)

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

Le verifiche effettuate nel corso degli ultimi due anni sui referti di Pronto Soccorso, anche a seguito di segnalazioni di molteplici Compagnie di Assicurazione, Ha messo in luce diverse “anomalie” dei referti di P.S. imputabili principalmente a:

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

Tali esiti sono stati trasmessi all'Autorità Giudiziaria.

Inoltre, le verifiche effettuate da parte dei D.S. dei P.O. ha portato al deferimento di diversi dipendenti medici all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari con la conseguenza in diversi casi dell'irrogazione della sanzione della sospensione per alcuni mesi dal servizio con privazione della retribuzione.

Misure da attuare per prevenire fenomeni corruttivi

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

- Rotazione del personale del P.S. con cadenza periodica.
- Istituzione di un unico registro degli accessi di PS con pagine "legate" in sequenza ognuna delle quali debitamente firmata e timbrata dal D.S. da usarsi solo nel caso di blocco dell'applicativo informatico degli accessi.
- Conservazione del Registro presso il D.S. del Presidio Nosocomiale; consegna dello stesso al Responsabile del P.S. su richiesta scritta da parte di quest'ultimo che attesta il blocco dell'applicativo informatico. Il Responsabile del PS provvederà a segnare in sequenza gli accessi nel registro riportando accanto ad ogni accesso copia /estremi del documento di riconoscimento dell'utente nonché lo stesso numero sequenziale del registro sul referto. Consegna del registro da parte del Responsabile del PS con annotazione di data e ora di consegna coincidente con lo sblocco del sistema informatico di rilevazione accessi (applicativo).
- Ogni referto cartaceo viene debitamente firmato e timbrato dal medico che ha seguito il paziente.
- Obbligo per ogni Dirigente Medico di P.S. di munirsi di firma digitale per i referti informatizzati di P.S.
- Verifiche Periodiche a campione da parte del D.S. del presidio nosocomiale

Programmazione misure Area Ospedaliera

Tab.111: Misure per l'area dell'assistenza ospedaliera

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
RISCOSSIONE TICKET SANITARI	Contabilità e registrazione proventi	Istruzione pratiche, valutazione recupero Pagamento prestazioni codice bianco Eventuale esonero	Non corretta o parziale applicazione della normativa vigente in materia o mancata notifica di recupero credito	Rotazione del personale - Verifiche periodiche	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26)
	Rendicontazione trimestrale cassa automatica				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
FRONT OFFICE CUP	Prenotazione visite ambulatoriali	Gestione accesso alle Prestazioni Gestione attività di prenotazione	1) Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti;2) Mancato rispetto della lista di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri (DH e Ordinari)	Rotazione del personale. Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26))
	Prenotazione ricoveri Ordinari				Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26))
	Prenotazione ricoveri in D.H.				
	Prenotazione ricoveri DS				
ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA DEI PP.OO.	Compilazione turni di servizio	Pianificazione dei turni	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati dipendenti	Applicazione dei corretti canoni di turnazione previsti dai CC.NN.LL.; Rotazione del personale preposto alla redazione dei Turni. Verifica a campione da parte del DS	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26)
					Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
	Controllo qualità e quantità del vitto	Verifica periodica della qualità e quantità del cibo nei locali cucina del nosocomio	Omesso controllo/vigilanza o controlli parziali e non tempestivi	Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26)
					Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
		Verifica periodica del corretto deposito dei	Omesso controllo/vigilanza	Verifiche e controlli a quanto previsto dal	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26))

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
	Controllo qualità delle pulizie e gestione rifiuti ospedalieri	rifiuti ospedalieri e della loro rimozione		vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo	Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
	Attività Libera Professionale Intramoenia (Ambulatoriale– Ricovero)	Individuazione degli spazi degli operatori Monitoraggio dei pagamenti	Omesso controllo/vigilanza	Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza mediante pubblicazione sul sito web aziendale dei dati sui tempi di attesa, aggiornati settimanalmente. Blocco sul sistema CUP che impedisce di utilizzare una ricetta più di una volta Monitoraggio dei pagamenti- Controlli a campione	Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26))
SPERIMENTAZIONI FARMACOLOGICHE	Sperimentazioni farmacologiche	Partecipazione di Medici a studi osservazionali sponsorizzati da industrie farmaceutiche	Elusione di norme e procedure di legge per favorire lo sponsor Possibile conflitto di interesse	Verifiche e controlli sul rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento aziendale Rotazione del personale. Verifica dichiarazione assenza di conflitto.	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26)
					Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA DEI PP.OO.	Gestione agende ambulatoriali e monitoraggio liste di attesa	Tenuta ed aggiornamento delle Lista di attesa e della agende ambulatoriali	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende ambulatoriali. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26)
					Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
	Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preceduto da accessi ambulatoriali in libera professione	Tenuta ed aggiornamento delle Lista di attesa e della agende di ricovero	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende di ricovero. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26)
					Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
	Gestione contrattuale biancheria	Movimentazione biancheria	Possibile sottrazione di biancheria in reparto	Registro di carico e scarico informatizzato Verifiche e controlli periodici	Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Gestione Mobilità Internazionale	Verifica documentazione	1) Omissione incasso;2) errata registrazione come utente non abbinante		1) Controlli a campione ;2)rotazione del personale,3) Formazione	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26) Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)

Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

Tab.112: Ulteriori misure per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
ATTIVITÀ CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE	Attività connesse al Decesso intraospedaliero	Gestione quotidiana decessi intraospedalieri	Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati (es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario)	Rotazione del personale sanitario, Obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso, Dichiarazione assenza conflitto di interessi Adozione di una procedura nella quale si specifica che: le ditte di onoranze funebri non possono e non devono accedere nelle camere mortuarie in assenza di incarico delle famiglie del deceduto.	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26)
					Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)
					Controllo autocertificazioni (10% nel '23; 20% nel '24; 30% nel '25)
ATTIVITÀ CORRELATE Ai REFERTI di PS	Attività connesse ai referti di Pronto Soccorso	Attività dei Medici di Pronto Soccorso che refertano gli accessi non seguiti da ricovero	1) Manomissione del referto per accessi non seguiti da ricovero;2) Induzione da parte degli utenti per frodare compagnie assicurative;3) Valenza esterna;4) Mancata rotazione del Personale per carenza di organico;5) assenza di un registro cartaceo vidimato con n. di pagina progressivo e mancanza di periodica verifica da parte del DS	1) Obbligo di informatizzare il 100% dei referti ed in caso di blocco del sistema informatico attivare registro cartaceo con protocolli consecutivi ed orario;2) Controlli periodici della Direzione Sanitaria sul registro sia informatico che cartaceo.3) Rotazione del personale;4) Obbligo di firma digitale	Rotazione (30% nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26))
					Misure di controllo (100% nel '24-'25-'26)

4.11 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero rappresentare rischi concreti di corruzione nei seguenti casi:

- Ritardi nell'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- Liquidazione fatture senza adeguata verifica della prestazione;
- Sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte;
- Effettuare rilevazioni di bilancio e rilevazioni non corrette o veritiere;
- Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture provocando favoritismi tra i creditori ecc.

Tutti questi rischi mettono in evidenza la necessità di adottare misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che consentano la verifica e il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati. Al riguardo fondamentale è il "Percorso Attuativo di Contabilità (PAC) dei dati e dei bilanci del SSN, strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile nel settore.

Gestione del patrimonio aziendale

La valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare delle Aziende Sanitarie rappresenta un obiettivo di fondamentale importanza per l'efficienza e l'efficacia amministrativa in funzione delle finalità istituzionali da perseguire. L'articolo 5 del decreto legislativo 502/92 e ss.mm.ii definisce il patrimonio delle aziende sanitarie come tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti, anche trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici,

in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché tutti i beni acquisiti nell'esercizio della propria attività o in seguito ad atti di liberalità. Le aziende dispongono del loro patrimonio secondo il regime di proprietà privata nel rispetto delle disposizioni del Codice civile che prevedono che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono il patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti dalla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge. Tutti gli altri beni compongono il patrimonio disponibile.

L'ASL di Caserta, essendo azienda costituitasi nel 2009 dalla fusione di due aziende sanitarie locali gode di un vasto patrimonio costituito sia da beni immobili (edifici) sia da terreni. L'azienda, inoltre, utilizza immobili di terzi mediante contratti di locazione o di comodato d'uso.

La gestione del patrimonio aziendale è affidata alla unità organizzativa complessa Servizio Patrimonio.

Ai sensi della normativa vigente ed in particolare dell'art.30 del decreto legislativo n. 33/2013, l'elenco dei beni rientranti nel patrimonio aziendale è pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Beni immobili e gestione patrimonio" raggiungibile attraverso il seguente link: <https://www.aslcaserta.it/index.php/beni-immobili-e-gestione-patrimonio/>

Obiettivo dell'azienda, per il prossimo triennio, è l'aggiornamento del "Regolamento per la gestione del Patrimonio immobiliare e mobiliare dell'ASL Caserta" (ultima versione 2014) e del "Regolamento per la redazione e la tenuta degli inventari (ultima versione 2017). Inoltre, come suggerito dall'approfondimento 2015 del PNA, per il rafforzamento delle misure di trasparenza di cui al sopracitato art. 30 del decreto legislativo n. 33/2013, si procederà all'inserimento di dati ulteriori nella sezione dedicata del sito istituzionale, quali valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, modalità e finalità di utilizzo.

Per garantire una maggiore trasparenza, inoltre, si sta procedendo all'inventario di tutti i beni presenti in azienda (impianti e macchinari, attrezzature sanitarie e scientifiche, mobili e arredi, automezzi ecc.), con una procedura direttamente collegata al Programma di Contabilità (SAP).

4.11.1 Procedura Gestione Cespiti

Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute a garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, di cui all'art. 2 del Decreto Ministeriale 17 settembre 2012. Per certificabilità si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli Enti nella condizione di essere sottoposti, in ogni momento, con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel DM 17 settembre 2012.

In tale ottica, l'ASL di Caserta, nell'anno 2022 ha avviato la mappatura dei processi in considerazione del Regolamento Aziendale "Immobilizzazioni e istituzione e tenuta degli inventari" adottato con Delibera n. 21 del 12.01.2017 (di seguito "Regolamento Aziendale") e delle caratteristiche dell'attuale Sistema Informativo Contabile e degli altri applicativi conferenti o referenti in uso presso l'Azienda. Dal 2022, quindi, le diverse UU.OO.CC interessate, hanno provveduto alla registrazione contabile delle immobilizzazioni immateriali e/o immateriali utilizzando il SIAC SAP; Il Servizio Economico Finanziario si è attivato per tutte le procedure necessarie al recupero, migrazione e quadratura dei saldi patrimoniali sul sistema SAP.

La procedura amministrativo-contabile dell'Azienda, considerando l'adozione del Regolamento Aziendale è volta a garantire la gestione Cespiti e le informazioni necessarie a generare i dati contabili al fine dell'ordinata tenuta della contabilità economico patrimoniale. Il mancato e costante aggiornamento degli inventari rende lo Stato Patrimoniale e il Conto Economico non attendibili e ne altera la portata informativa. Pertanto, per poter applicare una corretta gestione economico-patrimoniale, bisogna avere un inventario effettivamente aggiornato al reale valore dei beni.

A tal fine si precisa che, per cespiti si intende: *un oggetto posseduto da un'azienda e avente un utilizzo a lungo termine che può essere identificato individualmente nel bilancio. L'aggiornamento dei cespiti comprende la creazione, la modifica e la visualizzazione dei record anagrafici cespiti.*

In particolare, il Processo Gestione Cespiti si articola nei sotto processi che sono di seguito ripresi e descritti:

Tab.113: Processo gestione Cespiti

Processo	Sotto Processo
Gestione Cespiti	Gestione acquisto Cespiti da lavori in corso o da finanziamenti
	Gestione acquisto Cespiti definitivo
	Gestione dismissione Cespiti

La matrice RACI, di seguito riportata, individua le responsabilità e il livello di intervento / coinvolgimento delle strutture interessate all'esecuzione delle attività descritte nella procedura.

In particolare, i soggetti coinvolti sono:

- **R (Responsible):** Soggetto e/o soggetti che compiono l'azione;
- **A (Accountable):** Soggetto e/o soggetti che prendono la decisione finale mediante autorizzazione e/o approvazione;
- **C (Consulted):** Soggetto e/o soggetti che possono essere consultati o sono di supporto all'azione;
- **I (Informed):** Soggetto e/o soggetti che devono essere informati dopo che una determinata azione/decisione è stata presa.

Tab.114: Processo gestione Cespiti

ID	Sotto Processo	Servizio Economico Finanziario	UOC Proponente	Punto Ordinante
1.0	Gestione acquisto Cespiti da lavori in corso o da finanziamenti	R	R	R
2.0	Gestione acquisto Cespiti definitivo	R	R	R
3.0	Gestione dismissione Cespiti	R	C	C

Le funzioni della "Gestione immobilizzazioni" consentono di presentare e documentare lo sviluppo dei cespiti ai fini contabili. *La Gestione cespiti è utilizzata per gestire e documentare dettagliatamente le transazioni dei cespiti. Nella contabilità generale, è possibile aggiornare i valori d'acquisto e produzione nella gestione cespiti ed effettuare varie contabilizzazioni.* Inoltre, nella contabilità per centri di costo è possibile rilevare l'ammortamento per centri di costo.

4.12 I PTRI le UVI ed i Cogestori

I PTRI ovvero sia i Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI) sostenuti da Budget di Salute (BdS) sono una modalità di erogazione di prestazioni sociosanitarie previste nell'ambito della "Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare" e pertanto comprendono anche le "Attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie".

A livello regionale sono disciplinati dalle Linee Guida allegate alla DGR 483 del 21/09/2012.

I percorsi abilitativi individuali previsti dai PTRI sono sostenuti economicamente dai cosiddetti Budget della Salute. Il Budget di Salute è promosso, valutato, gestito e monitorato, in maniera integrata e concordata, tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona (welfare mix). Il tutto è basato sul diritto di scelta delle persone, per quanto concerne i metodi e le opportunità di cura e riabilitazione.

In questo modello di comunità solidale, (così come definito dalla Linee Guida della Regione Campania) i Servizi Pubblici, ricercano partner privati per la cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati. Il soggetto cogestore individuato da apposito avviso pubblico, bandito dall'ASL di concerto con l'Ambito Territoriale, dall'elenco ASL dei cogestori PTRI/BdS, amministra una dotazione finanziaria, (budget della

salute) nei limiti fissati dall'intensità del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale assegnato ad un utente.

Tale dotazione finanziaria serve essenzialmente per coprire le spese necessarie a garantire i servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione, al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la re-istituzionalizzazione.

Inoltre, al fine di rendere omogenea l'offerta riabilitativa dei cogestori che attuano i PTRI e nel contempo, garantire ai soci fruitori (cittadino utente) un adeguato livello di professionalità e capacità imprenditoriale, le Linee Guida della Regione Campania indicano anche le figure professionali da prevedere nella compagine sociale del co-gestore quale requisito minimo per l'accesso all'albo dei cogestori per l'attuazione dei PTRI secondo la metodologia del budget di salute:

- Coordinatore del PTRI/BDS in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: psicologia, sociologia, scienze dell'educazione, scienze della formazione, scienze del servizio sociale, esperti di economia sociale, esperti giuridici;
- Animatore/Educatore;
- Operatore OSA;
- Operatore OSS.

A tali figure professionali possono aggiungersi volontari e/o ragazzi inseriti in progetti dedicati di servizio civile. Va garantita in ogni progetto terapeutico, sia la funzione di gestione amministrativa che la garanzia di un domicilio. In ogni caso è sempre stabilita una priorità di immissione degli utenti in PTRI/BdS:

La priorità dell'immissione delle persone in PTRI /BdS è riferita essenzialmente a:

- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale, nonché con disturbo psichiatrico, internate nelle strutture protette o case di cura convenzionate fuori dalla Regione Campania
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale con ricoveri ripetuti negli ospedali civili o nelle case di cura convenzionate fuori e dentro la Regione Campania
- Persone internate negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) di pertinenza territoriale a carico del sistema sanitario
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale e internate nelle carceri di pertinenza territoriale, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- I minori di pertinenza territoriali, internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- I minori con disturbi psichiatrici di pertinenza territoriali, internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria,
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative, con grave disabilità sociale in stato di abbandono nei territori

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni sociosanitarie integrate avviene con procedure unitarie attraverso l'Unità di Valutazione Integrata (UVI).

Infatti, il processo individuale è redatto sulla base della valutazione dell'UVI distrettuale che si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio sanitari complessi e per la predisposizione e proposta all'utente del PTRI.

All'UVI partecipano i Servizi Sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del PTRI, gli utenti, i familiari, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta (MMG/PLS). L'UVI ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata ha il compito di:

- Effettuare una valutazione del bisogno sociosanitario complesso, a partire dalla domanda espressa (il “sintomo” /condizione patologica di presentazione) dall’utente e dalla sua famiglia, dal MMG/PLS e/o dall’assistente sociale del Comune di residenza;
- Utilizzare le competenze di ciascuno dei componenti per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell’utente;
- Individuare, se necessario, nell’ambito dei soggetti cogestori (di concerto con l’utente o il civilmente obbligato), il soggetto più idoneo a soddisfare i bisogni rilevati nelle aree apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività;
- Modulare sul singolo caso la presa in carico a seconda dell’evoluzione del bisogno

Pertanto, l’accesso è così modulato:

- Il MMG invia al DSM o all’U.O. distrettuale competente per il caso la proposta di accesso al servizio sociosanitario e, di concerto con il Coordinamento dell’Ufficio di Piano, si procede alla convocazione dell’UVI;
- Per ogni utente valutato in UVI, è compilata ed adottata la modulistica S.V.A.M.Di. di cui alla DGRC n.1811/07.
- Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema “D” allegato alla suddetta DGRC.
- Il MMG è tenuto alla compilazione della scheda “A”, lo Specialista competente per la patologia dovrà utilizzare la scheda “B” e l’Assistente Sociale dell’Ambito dovrà effettuare la valutazione sociale utilizzando sempre la Scheda “C”.
- Entro 30 gg. dalla richiesta di accesso viene effettuata la valutazione multidimensionale in UVI, viene redatto un verbale utilizzando la Scheda “D” della modulistica S.V.A.M.Di. contenente il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale.

I PTRI sostenuti da budget di salute hanno una temporalità massima di due anni, durante tale periodo l’UVI provvede alla verifica e valutazione del livello assistenziale con periodicità semestrale. Dopo i primi due anni massimo, le persone in carico in PTRI sostenuti con BdS, passano dai bisogni a prevalenza sanitaria e a rilevanza sociale a bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria.

Dopo i primi due anni i PTRI sostenuti con BdS, di natura sanitaria, sociale o sociosanitaria possono essere prorogati per un anno, a seguito di valutazione UVI al termine dei quali possono uscire dal sistema, in quanto le autonomie economico-sociali delle persone dovranno essere garantite dalle compagini sociali dei cogestori e destinatarie del BdS.

Le persone in condizione cronico/ degenerative dovranno essere sottoposte ad UVI per valutare le condizioni di non autosufficienza tali da consentire l’accesso in un diverso setting assistenziale.

L’ASL di Caserta ha disciplinato la materia di cui si tratta con i seguenti Atti Deliberativi.

Con **delibera n.1684 del 03/12/2013** ad oggetto “*Procedura Pubblica per la costituzione dell’albo fiduciario dei cogestori di PTRI sostenuti da BdS. Recepimento Regolamento ed avvio delle procedure di selezione*” È stato adeguato il Regolamento aziendale che disciplina l’accesso all’albo fiduciario dei cogestori di PTRI sostenuti da BdS alle nuove indicazioni regionali. Si è dato, tra l’altro, mandato al Servizio Provveditorato di attivare ed espletare le procedure di selezione per la costituzione dell’Albo.

Con **delibera n.866 del 15/06/2015** ad oggetto “*Adempimenti in esecuzione del Decreto del Commissario ad Acta n. 53 del 29/05/2015*” si è preso atto tra l’altro:

- Del Regolamento normativo contrattuale per il rapporto tra l’ASL di Caserta/ Ambiti Territoriali ed i cogestori approvato con deliberazione n. 1684/13 “*Procedura pubblica per la costituzione dell’albo fiduciario dei cogestori di progetti terapeutico-riabilitativi individuali sostenuti da budget di salute. Recepimento regolamento ed avvio delle procedure di selezione*”
- Della Procedura per l’attivazione dei bandi di affidamento a cogestori PTRI/BdS (allegato 2)
- Che i tetti di spesa per ciascun cogestore sono rappresentati da quanto definito con la delibera 1684/13 ovverosia € 200.000(duecentomila) comprensiva della quota ASL, della quota Ambito Territoriale e dell’eventuale compartecipazione dell’utente;

Con delibera **n.124 del 09/09/2016** ad oggetto *“Affidamento PTRI/BdS attraverso le UVI. Adeguamento Procedura nuovo codice degli appalti”* si è adottato tra l’altro di:

- Unificare in un unico elenco aziendale i 10 elenchi suddivisi per Ambito Territoriale (allegato 4);
- Considerare l’elenco dei cogestori di PTRI/BdS approvato senza limiti temporali;
- Stabilire che ogni sei mesi si procede alla revisione dell’elenco dei cogestori di PTRI/BdS;
- Confermare che la procedura per l’affidamento del progetto al cogestore è quella prevista dalla deliberazione n. 866 del 15/06/2015, i cui elementi indispensabili sono rappresentati dalla massima trasparenza e dal coinvolgimento dell’utente nella scelta della cooperativa;
- Stabilire la commissione per la valutazione ed ammissione dei richiedenti, rappresentativa dei distretti sanitari e degli Ambiti Territoriali.

Nella stessa delibera come allegato 4 è riportato l’elenco unificato dei cogestori.

Con delibera **n.587 del 04/05/2018** ad oggetto *“Adeguamento Procedura nuovo codice degli appalti D.Lgs. n. 50/2016. Revisione ed integrazione elenco aziendale dei cogestori di PTRI/BdS. Anno 2018”* viene tra l’altro:

- Aggiornato l’elenco unico aziendale con l’inserimento nell’elenco unico Aziendale delle cooperative risultate idonee (allegato1 della del.587/18)
- Che in applicazione del nuovo codice degli appalti D.Lgs. n. 50/2016 si procederà alla prossima revisione dell’elenco dei cogestori nel corso dell’anno 2019

Inoltre, si impone che il Direttore di distretto ogni anno, tra l’altro deve

- Trasmettere con cadenza almeno trimestrale report completo in modo da consentire al Coordinamento Sociosanitario le verifiche sul raggiungimento del tetto massimo previsto (200000,00 euro/anno complessivi per cooperativa per l’intera ASL)
- Acquisire all’atto dell’assegnazione di ogni nuovo progetto dichiarazione della cooperativa cogestrice che pur con la nuova assegnazione, non supera il tetto annuo di 200.000,00 euro

Sulla scorta di quanto sopra e da quanto è emerso dai recenti fatti di cronaca che ha portato l’A.G. ad emettere provvedimenti restrittivi nei confronti di diversi dipendenti del DSM della ASL di Caserta, si ritiene necessario che, oltre a quanto già previsto:

- Venga predisposto, ad opera dei direttori di distretto con cadenza trimestrale, un controllo incrociato tra il numero di utenti affidati ai cogestori ed i verbali UVI di affidamento.
- Venga acquisita da parte dei direttori di distretto, le relazioni redatte con cadenza semestrale dalla UVI di competenza inerente la verifica e valutazione del livello assistenziale per ogni utente affidato ai cogestori.
- Venga predisposto e trasmesso da parte dei direttori di distretto al Coordinamento Socio Sanitario report completo inerente le verifiche sul raggiungimento del tetto massimo previsto di 200.000,00 euro/anno complessivi per cogestore per l’intera ASL.
- Pubblicazione periodica con cadenza semestrale sul sito web aziendale dell’elenco dei cogestori opportunamente aggiornato.
- Stabilire periodica rotazione del personale ASL facente parte della/e Commissioni UVI.
- Rotazione almeno biennale dei componenti della/e Commissioni UVI.
Acquisire le dichiarazioni di assenza di incompatibilità/inconferibilità con l’incarico di componente della Commissione UVI ogni qualvolta un utente viene affidato ad un cogestore.

Ai fini dell’aggiornamento dell’elenco aziendale cogestori PTRI/BdS il giorno 20/12/2022 è stato pubblicato sul sito dell’ASL Caserta l’avviso pubblico per l’aggiornamento dell’Elenco dei Cogestori di PTRI/BdS con scadenza il 10 gennaio 2023 (nota prot. 0461118/DSS).

Con delibera n.79 del 30/01/2023 si è provveduto a:

- Prendere atto delle domande pervenute;

- Confermare la composizione della Commissione per la valutazione ed ammissione dei richiedenti già indicata nella delibera n.24 del 11/01/2021 ad oggetto “Albo aziendale cogestori PTRI/BdS, ad eccezione fatta per un componente in quiescenza dal 2022;
- Nominare il componente per la parte sanitaria rappresentante dei direttori di distretto.

Programmazione misure PTRI- Cogestori

Tab.115: Misure Programmazione PTRI e Cogestori

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi
I PTRI le UVI ed i Cogestori	Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario	Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori	100 % controlli requisiti nel 2024/'25 e '26
		Rotazione dei responsabili dei controlli	Rotaz 30 % nel '24;40% nel '25 e 30% nel '26
		Numero di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per rapporti con i cogestori/cooperative/etc rispetto al n. di dirigenti/collaboratori partecipanti alle procedure di affidamento. Dichiarazione di pantouflage	100% nei tre anni

4.13 Spesa farmaceutica convenzionata ed interna

L'informazione scientifica spesso viene manipolata ad uso e consumo dei produttori di farmaci e tecnologie che per l'impiego di capitali effettuato nella ricerca scientifica, condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e i medici nella prescrizione di farmaci, atteso che questi ricevono le maggiori informazioni proprio dalla *longa manus* degli informatori che hanno carta bianca nel proporre iniziative gratuite a spese delle ditte produttrici.

Così anche nell'ambito della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche. In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni al fine di creare allarme su un determinato problema, fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati – ad esempio selezionando i soli indicatori di esito – o omettono alcuni risultati della ricerca per mostrare i soli benefici di un nuovo farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

- Furto di medicinali,
- Comparaggio farmaceutico,
- Improprio utilizzo di farmaci
- Richiesta di indebiti rimborsi,
- Il fenomeno c.d. “delle ricette ai morti” che si verifica quando il medico prescrive medicinali a pazienti inconsapevoli o addirittura deceduti con correlative erogazioni da parte della farmacia che riceve i rimborsi vendendo abusivamente farmaci de fustellati.

"Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.

Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente."

La spesa farmaceutica convenzionata nella nostra ASL presenta il pro/capite tra i più bassi in Campania, ma in ogni caso quella complessiva (sia convenzionata, che in DPC ed interna) è comunque ingente.

Per tale motivo l'ASL Caserta ha attuato e continuerà ad attuare rigorose misure di controllo:

- Fissare per ogni medico di medicina generale e Pediatra di Libera scelta rigorosi obiettivi;
- In attuazione dei numerosi decreti del Commissario ad Acta;
- Monitorare tali obiettivi con report specifici;
- Elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, alle Commissioni distrettuali UCAD, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale;
- Potenziare le attività di distribuzione diretta sia per conto (DPC) tramite le farmacie convenzionate che tramite le nostre farmacie interne;
- Effettuare un rigoroso monitoraggio delle prescrizioni, tramite il portale SANIARP regionale, elaborato e gestito dalla nostra ASL, che sulla base dei decreti 56 e 57/2015, obbliga i prescrittori a registrare on line le proprie prescrizioni.

Elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci. A tal fine sarà richiesto a tutti gli operatori interessati **"la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti "** finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione, in particolare nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Copia delle dichiarazioni saranno pubblicate in apposita sezione del sito aziendale dell'Amministrazione trasparente".

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nei Piani deve trovare conforme riscontro negli altri strumenti di programmazione non potendosi disgiungere la stessa da un'adeguata programmazione e dalla valutazione delle *performance* individuali e dell'organizzazione.

Programmazione misure Spesa farmaceutica

Tab.116: Misure spesa farmaceutica convenzionata ed interna

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>	<i>obiettivi</i>
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna	Direttori U.O.C., Professionisti (Spec. ambulatoriali e dei PPOO), farmacisti del Dipartimento Farmaceutico	Nr. delle autocertificazioni di assenza di conflitto di interesse nei rapporti con fornitori, farmacie convenzionate ecc. rispetto al Totale dei dirigenti del Dip. Farmaceutico	50% nel '24; 60% nel '25 e 70% nel '26
		Obbligo delle dichiarazioni di assenza di conflitto per partecipazione a congressi, convegni con sponsorizzazione di aziende farmaceutiche e di prodotti sanitari con pubblicazione su specifica sez. del sito. Nr. Di dichiarazioni/n. professionisti partecipanti.	100% delle dichiarazioni pubblicate
		Nr. dei report notificati ai Direttori dei Distretti e ai singoli MMG e PLS	8 report nel '24; 10 report nel '25 e 12 nel '26

4.14 Ulteriori misure di controllo sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, sul rispetto delle liste di attesa e sui tetti di spesa dei centri accreditati

Prestazioni specialistiche ambulatoriali sia per i centri accreditati che per le strutture pubbliche. Tutte le prestazioni specialistiche erogate dai Centri Accreditati e dalle strutture pubbliche saranno raccolte in un unico datawarehouse ed analizzato per ogni assistito (sulla base della chiave Codice Fiscale). Gli indicatori sono i seguenti:

- Numero di prestazioni di diagnostica radiologica ad alto costo (TAC, Risonanza, Ecodoppler etc.) per anno e per assistiti per verificare la ripetitività degli stessi. Ovviamente da tali indicatori saranno esclusi i pazienti con diagnosi 048 ed in corso di stadiazione. Tutti i pazienti con numero di esami TAC e RMN con n. esami maggiori di due per anno saranno invitati presso i distretti per una verifica sulle diagnosi e sulle motivazioni (esclusi i neoplastici);

- Controllo rigoroso delle diagnosi delle TAC, RMN e delle PET. Per le PET controllo rigoroso delle motivazioni (codice 048 e stadiazione). Per le PET obbligo di inserimento sul portale Sani.arp delle PET con la relativa motivazione diagnostica;
- Potenziamento delle strutture pubbliche di radiologia con apertura sabato e domenica. Saranno individuati indicatori specifici per le prestazioni "R" e sugli esami ripetuti;
- Per la diagnostica di laboratorio verifica della ripetitività delle indagini simili nello stesso paziente;
- Definizione all'inizio dell'anno delle delibere sui tetti di spesa con notifica ai Centri e monitoraggio mensile diffidando gli stessi ad erogare le prestazioni in dodicesimi del tetto;
- Accordo con i Centri di dialisi per l'invio dei pazienti per esami di laboratorio alle nostre strutture pubbliche individuando gli stessi quali punti prelievo e con trasporto garantito presso i nostri laboratori pubblici;
- Obbligo per gli specialisti ambulatoriali (SUMAI e Ospedalieri) di assicurare un significativo numero di prestazioni istituzionali da confrontare con il numero di prestazioni erogate in regime di intramoenia;
- Pulizia delle liste di attesa con telefonate a 10 e 5 giorni prima di conferma.

4.15 La Normativa Antiriciclaggio e l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Analisi e adempimenti relativi

La normativa antiriciclaggio ha lo scopo di impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da azioni illegali, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per la Pubblica Amministrazione.

L' art. 2 del D.Lgs. n. 231/2007 definisce " riciclaggio" le seguenti attività illecite, se commesse intenzionalmente:

- La conversione o il trasferimento di beni, effettuati essendo a conoscenza che essi provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività, allo scopo di occultare o dissimulare l'origine illecita dei beni medesimi o di aiutare chiunque sia coinvolto in tale attività a sottrarsi alle conseguenze giuridiche delle proprie azioni;
- L'occultamento o la dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sugli stessi, effettuati essendo a conoscenza che tali beni provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività;
- L'acquisto, la detenzione o l'utilizzazione di beni essendo a conoscenza, al momento della loro ricezione, che tali beni provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività;
- La partecipazione ad uno degli atti di cui alle lettere precedenti, l'associazione per commettere tale atto, il tentativo di perpetrarlo, il fatto di aiutare, istigare o consigliare qualcuno a commetterlo o il fatto di agevolarne l'esecuzione.

Il riciclaggio è considerato tale anche se le attività che hanno generato i beni da riciclare si sono svolte nel territorio di un altro Stato comunitario o di un Paese terzo.

L'azione di prevenzione di cui al comma 5 è svolta in coordinamento con le attività di repressione dei reati di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

4.15.1 La normativa

Il fenomeno del riciclaggio nel contesto delle Pubbliche Amministrazioni è stato oggetto di specifica normativa da parte del legislatore mediante il D.lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e il D.lgs. 22 giugno 2007 n. 109. Norme adottate in recepimento delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE.

In data 19 giugno 2017 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il **D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90**, in attuazione della IV Direttiva AML (Direttiva 2015/849/UE) e recante modifica al D.lgs. n. 231/2007 ed al D.lgs. n. 109/2007, con entrata in vigore a partire dal 4 luglio 2017. A tale proposito si ritiene utile riportare uno stralcio (COMMI 1,4,5, e 6) dell'art.10 del D.Lgs. 231/07 così come modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90 dove si legge:

“Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o

procedure:

- Procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- Procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- Procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati. Al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, le Pubbliche amministrazioni comunicano alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La UIF, in apposite istruzioni, adottate sentito il Comitato di sicurezza finanziaria, individua i dati e le informazioni da trasmettere, le modalità e i termini della relativa comunicazione nonché gli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette. Le Pubbliche amministrazioni responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, nel quadro dei programmi di formazione continua del personale realizzati in attuazione dell'articolo 3 del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, adottano misure idonee ad assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate ai sensi del presente articolo. L'inosservanza delle norme di cui alla presente disposizione assume rilievo ai fini dell'articolo 21, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

Pertanto, ai sensi del c.4 del dell'art.10 del D.Lgs. 231/07 così come modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90 le pubbliche amministrazioni devono inviare alla Unità di Informazione Finanziaria (U.I.F.) della Banca d'Italia apposita comunicazione, quando sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Le pubbliche amministrazioni effettuano la comunicazione a prescindere dalla rilevanza e dall'importo dell'operazione sospetta.

Il sospetto deve essere basato su una compiuta valutazione degli elementi oggettivi e soggettivi acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale svolta, anche alla luce degli indicatori di anomalia riportati in allegato.

La comunicazione è inviata alla U.I.F. anche quando L'Agenzia di Tutela della Salute disponga di dati e informazioni inerenti a operazioni rifiutate o interrotte ovvero eseguite in tutto o in parte presso altri destinatari di autonomi obblighi di segnalazione. Il sospetto di operazioni riconducibili al finanziamento del terrorismo si desume anzitutto dal riscontro di un nominativo e dei relativi dati anagrafici nelle liste pubbliche consultabili sul sito internet della U.I.F. Non è sufficiente, ai fini della comunicazione, la mera omonimia, qualora le pubbliche amministrazioni possano escludere, sulla base di tutti gli elementi disponibili, che uno o più dati identificativi siano effettivamente gli stessi riportati nelle liste.

Tra i dati identificativi sono comprese le cariche, le qualifiche e ogni altro dato riferito nelle liste che risulti incompatibile con il profilo economico-finanziario e con le caratteristiche oggettive e soggettive del nominativo. Il sospetto di operazioni riconducibili al finanziamento del terrorismo può desumersi altresì dalla rilevazione degli elementi di carattere oggettivo e soggettivo riportati nelle comunicazioni UIF del 18 aprile 2016 e del 13 ottobre 2017. Le comunicazioni alla U.I.F. di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette è un atto distinto dalla denuncia di fatti penalmente rilevanti. Le pubbliche amministrazioni assicurano la massima riservatezza dell'identità delle persone che effettuano la comunicazione e del contenuto della medesima

4.15.2 L'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (U.I.F.)

L'UIF è stata istituita dal D.lgs. n. 231/2007 presso la Banca d'Italia in posizione d'indipendenza e autonomia funzionale, (art.6), in conformità di regole e criteri internazionali che prevedono la presenza in ciascuno Stato di *financial intelligence unit* (FIU), dotate di piena autonomia operativa e gestionale; ha iniziato a operare il 1° gennaio 2008, subentrando all'Ufficio Italiano dei Cambi (U.I.C.) nel ruolo di autorità centrale antiriciclaggio

La Banca d'Italia disciplina con proprio regolamento l'organizzazione e il funzionamento della UIF, che si avvale di risorse umane e tecniche, di mezzi finanziari e di beni strumentali della stessa Banca d'Italia

La responsabilità della gestione della UIF spetta in autonomia al Direttore, nominato con provvedimento del Direttorio della Banca d'Italia, su proposta del Governatore, tra persone dotate di adeguati requisiti di onorabilità, professionalità e conoscenza del sistema

Le attività della U.I.F. sono declinate nel D.Lgs. 231/07 cui si rimanda per i dettagli.

Il "Gestore" è il Referente delle comunicazioni di operazioni sospette, nominato dal Direttore Generale per trasmettere le segnalazioni all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia. (UIF). Ha il compito di:

- Acquisire le comunicazioni di operazioni sospette provenienti dai Responsabili delle articolazioni organizzative (UOC/UOSD/UOS) dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta (ASLCE) secondo le seguenti modalità;
- Valutare la correttezza delle comunicazioni di operazioni sospette pervenute e, previo confronto con il Responsabile della comunicazione e con il supporto del Direttore dell'UOC Gestione Economico Finanziaria, trasmetterle o meno alla U.I.F.;
- Informare la Direzione dell'ASLCE circa le decisioni da intraprendere riguardo a transazioni sospette e/o sensibili.
- Garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni. A tal proposito la U.I.F. considera quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni e gli approfondimenti connessi con le operazioni sospette comunicate la persona individuata quale "Gestore" nonché la relativa struttura organizzativa indicata in sede di adesione al sistema di comunicazione on-line.

L'ASL CE, tramite il "Gestore", effettua la comunicazione contenente i dati, le informazioni, la descrizione delle operazioni ed i motivi del sospetto e collabora con l'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) rispondendo tempestivamente alla richiesta di ulteriori informazioni. Spetta alla U.I.F. emanare istruzioni, sui dati e le informazioni che devono essere contenuti nelle comunicazioni di operazioni sospette e nelle comunicazioni oggettive, sulla relativa tempistica nonché sulle modalità di tutela della riservatezza dell'identità del segnalante; al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette la U.I.F. diffonde e aggiorna periodicamente, previa presentazione al Comitato di sicurezza finanziaria, gli indicatori di anomalia mediante pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e in apposita sezione del proprio sito istituzionale

4.15.3 Indicatori di anomalia

Gli indicatori di anomalia sono definiti nel provvedimento della U.I.F. del 23 aprile 2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 269 del 19 novembre 2018 (a cui si rimanda). Essi costituiscono gli strumenti di ausilio previsti dal d.lgs. 231/2007 per la rilevazione delle operazioni sospette e ridurre i margini di incertezza delle valutazioni soggettive connesse alle comunicazioni di operazioni sospette e hanno lo scopo di contribuire alla correttezza e omogeneità delle comunicazioni medesime. Essi consistono in una elencazione a carattere esemplificativo di connotazioni di operatività ovvero di comportamenti della clientela da ritenere "anomali" e potenzialmente caratterizzanti intenti di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. L'impossibilità di ricondurre operazioni o comportamenti a uno o più degli indicatori non è sufficiente a escludere che l'operazione sia sospetta; vanno valutati pertanto con la massima attenzione ulteriori comportamenti e caratteristiche dell'operazione che, sebbene non descritti negli indicatori, siano egualmente sintomatici di profili di sospetto. La mera ricorrenza di operazioni o comportamenti descritti in uno o più indicatori di anomalia non è motivo di per sé sufficiente per la qualificazione dell'operazione come sospetta ai fini della comunicazione alla UIF, ma è comunque necessario svolgere una specifica analisi nel concreto e una valutazione complessiva dell'operatività avvalendosi di tutte le altre informazioni disponibili.

Le Pubbliche Amministrazioni applicano gli indicatori rilevanti alla luce dell'attività istituzionale in concreto svolta e si avvalgono degli indicatori di carattere generale unitamente a quelli specifici per tipologia attività.

Tab.117: Applicazione normativa antiriciclaggio

<i>Misure</i>	<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>	<i>Valori attesi</i>
---------------	---------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------

Applicazione normativa antiriciclaggio					
	Adozione della procedura antiriciclaggio	Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio	Entro Gennaio 2024	Adozione della procedura	Corretta attuazione della procedura

È compito comunque degli Uffici dell'ASL CE, dei loro Responsabili e del Gestore valutare le operazioni ed i fatti oggetto di verifica secondo criteri che, in base alle circostanze ed indipendentemente dalla presenza od assenza degli indicatori di anomalia, possano ragionevolmente evidenziare elementi sintomatici di fatti contrari alla legge. A tal fine il Gestore può concordare con tali soggetti di inserire, tra i fatti rappresentativi di potenziali situazioni contrarie alla legge ulteriori indicatori di anomalia.

Comunicazione dell'operazione sospetta alla Unità di Informazione Finanziaria (U.I.F.).

Il Gestore verifica le risultanze delle comunicazioni svolte ed argomentate dai Responsabili di Unità Operativa:

- In caso di decisione negativa, specifica le motivazioni per le quali non ha ritenuto opportuno effettuare la segnalazione;
- In caso di decisione positiva, provvede senza ritardo alla compilazione e all'invio della comunicazione/segnalazione di operazione sospetta, tramite il portale INFOSTAT-UIF della Banca d'Italia, previa adesione al sistema di comunicazione on-line.

Le modalità per l'adesione al sistema di comunicazione on-line e per la trasmissione delle informazioni sono indicate in un apposito comunicato pubblicato nel sito internet della U.I.F. (<https://uif.bancaditalia.it/portale-infostat-uif/modalita-accesso/index.html>)

Tali segnalazioni dovranno essere effettuate esclusivamente attraverso modalità telematica tramite l'applicazione messa a disposizione dall'UIF della Banca d'Italia al link sopra riportato.

Riservatezza e tutela del segnalante

L'intero iter valutativo e di comunicazione delle operazioni sospette è coperto dalla massima riservatezza. Tutto il personale è tenuto ad evitare ogni diffusione non necessaria di informazioni sia all'interno dell'ASLCE che all'esterno. I soggetti obbligati adottano tutte le misure idonee ad assicurare la riservatezza dell'identità delle persone che effettuano la comunicazione. L'identità del segnalante non può essere rivelata a meno che l'Autorità Giudiziaria non disponga altrimenti, con provvedimento motivato, qualora lo ritenga indispensabile ai fini dell'accertamento dei reati per i quali si procede. Il trattamento delle informazioni da parte degli operatori avviene nel rispetto delle disposizioni previste in materia di protezione dei dati personali.

4.15.4 Programmazione misure Antiriciclaggio

Indicatori di Anomalia di Operazioni Sospette di Riciclaggio (vengono riportati solo esempi più significativi).

A. Indicatori di anomalia connessi con l'identità o il comportamento del soggetto cui è riferita l'operazione

- Il soggetto cui è riferita l'operazione ha residenza, cittadinanza o sede in Paesi terzi ad alto rischio, ovvero opera con controparti situate in tali Paesi, e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione ha residenza, cittadinanza o sede in un Paese la cui legislazione non consente l'identificazione dei nominativi che ne detengono la proprietà o il controllo;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione risiede in una zona o in un territorio notoriamente considerati a rischio, in ragione tra l'altro dell'elevato grado di infiltrazione criminale, di economia sommersa o di degrado economico-istituzionale;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documenti (quali, ad esempio, titoli o certificati), specie se di dubbia autenticità, attestanti l'esistenza di cospicue disponibilità economiche o finanziarie in Paesi terzi ad alto rischio;

- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta garanzie reali o personali rilasciate da soggetti con residenza, cittadinanza o sede in Paesi terzi ad alto rischio ovvero attinenti a beni ubicati nei suddetti Paesi;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione fornisce informazioni palesemente inesatte o del tutto incomplete o addirittura false ovvero si mostra riluttante a fornire ovvero rifiuta di fornire informazioni, dati e documenti comunemente acquisiti per l'esecuzione dell'operazione, in assenza di plausibili giustificazioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documentazione che appare falsa o contraffatta ovvero contiene elementi del tutto difformi da quelli tratti da fonti affidabili e indipendenti o presenta comunque forti elementi di criticità o di dubbio;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione rifiuta di ovvero è reticente a fornire informazioni o documenti concernenti aspetti molto rilevanti, specie se attinenti all'individuazione dell'effettivo beneficiario dell'operazione;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione risulta collegato, direttamente o indirettamente, con soggetti sottoposti a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale ovvero con persone politicamente esposte o con soggetti censiti nelle liste pubbliche delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo, e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è notoriamente contiguo (ad esempio, familiare, convivente, associato) ovvero opera per conto di persone sottoposte a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale o ad altri provvedimenti di sequestro;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è notoriamente contiguo (ad esempio, familiare, convivente, associato) ovvero opera per conto di soggetti censiti nelle liste delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo o comunque notoriamente riconducibili ad ambienti del radicalismo o estremismo;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è un'impresa, specie se costituita di recente, partecipata da soci ovvero con amministratori di cui è nota la sottoposizione a procedimenti penali o a misure di prevenzione o che sono censiti nelle liste delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo, ovvero notoriamente contigui a questi;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da strutture societarie opache (desumibili, ad esempio, da visure nei registri camerali) ovvero si avvale artificiosamente di società caratterizzate da catene partecipative complesse nelle quali sono presenti, a titolo esemplificativo, trust, fiduciarie, fondazioni, international business company;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da ripetute e/o improvvise modifiche nell'assetto proprietario, manageriale (ivi compreso il "direttore tecnico") o di controllo dell'impresa;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è un'impresa, specie se costituita di recente, controllata o amministrata da soggetti che appaiono come meri prestanome.

B. Indicatori di anomalia connessi con le modalità (di richiesta o esecuzione) delle operazioni.

- Acquisto di beni o servizi non coerente con l'attività del soggetto cui è riferita l'operazione, specie se seguito da successivo trasferimento del bene o servizio in favore di società appartenenti allo stesso gruppo, in mancanza di corrispettivo;
- Impiego di disponibilità che appaiono del tutto sproporzionate rispetto al profilo economico patrimoniale del soggetto (ad esempio, operazioni richieste o eseguite da soggetti con "basso profilo fiscale" o che hanno omesso di adempiere agli obblighi tributari);
- Operazioni richieste o effettuate da organizzazioni non profit ovvero da organizzazioni non governative che, per le loro caratteristiche (ad esempio tipologie di imprese beneficiarie o aree geografiche di destinazione dei fondi), risultano riconducibili a scopi di finanziamento del terrorismo ovvero manifestamente incoerenti con le finalità dichiarate o comunque proprie dell'ente in base alla documentazione prodotta, specie se tali organizzazioni risultano riconducibili a soggetti che esercitano analoga attività a fini di lucro;

- Offerta di polizze di assicurazione relative ad attività sanitaria da parte di agenti o brokers operanti in nome e/o per conto di società estere, anche senza succursali in Italia, a prezzi sensibilmente inferiori rispetto a quelli praticati nel mercato;
- Frequente e inconsueto rilascio di deleghe o procure al fine di evitare contatti diretti ovvero utilizzo di indirizzi, anche postali, diversi dal domicilio, dalla residenza o dalla sede, o comunque ricorso ad altre forme di domiciliazione di comodo;
- Frequente richiesta di operazioni per conto di uno o più soggetti terzi, in assenza di ragionevoli motivi legati al tipo di attività esercitata o al rapporto tra le parti o a particolari condizioni adeguatamente documentate;
- Presentazione di garanzie personali rilasciate da parte di soggetti che sembrano operare in via professionale senza essere autorizzati allo svolgimento dell'attività di prestazione di garanzie;
- Richiesta ovvero esecuzione di operazioni con configurazione illogica ed economicamente o finanziariamente svantaggiose, specie se sono previste modalità eccessivamente complesse od onerose, in assenza di plausibili giustificazioni;
- Proposta di regolare sistematicamente i pagamenti secondo modalità tali da suscitare il dubbio che si intenda ricorrere a tecniche di frazionamento del valore economico dell'operazione;
- Ripetuto ricorso a contratti a favore di terzo, contratti per persona da nominare o a intestazioni fiduciarie, specie se aventi ad oggetto diritti su beni immobili o partecipazioni societarie.

C. Indicatori specifici per settore di attività

Settore appalti e contratti pubblici

- Partecipazione a gara per la realizzazione di lavori pubblici o di pubblica utilità, specie se non programmati, in assenza dei necessari requisiti (soggettivi, economici, tecnico-realizzativi, organizzativi e gestionali) con apporto di rilevanti mezzi finanziari privati, specie se di incerta provenienza o non compatibili con il profilo economico-patrimoniale dell'impresa, ovvero con una forte disponibilità di anticipazioni finanziarie e particolari garanzie di rendimento prive di idonea giustificazione.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture in assenza di qualsivoglia convenienza economica all'esecuzione del contratto, anche con riferimento alla dimensione aziendale e alla località di svolgimento della prestazione.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di un raggruppamento temporaneo di imprese, costituito da un numero di partecipanti del tutto sproporzionato in relazione al valore economico e alle prestazioni oggetto del contratto, specie se il singolo partecipante è a sua volta riunito, raggruppato o consorziato.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di una rete di imprese il cui programma comune non contempla tale partecipazione tra i propri scopi strategici.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di soggetti che, nel corso dell'espletamento della gara, ovvero della successiva esecuzione, realizzano operazioni di cessione, affitto di azienda o di un suo ramo ovvero di trasformazione, fusione o scissione della società, prive di giustificazione.
- Presentazione di offerta con un ribasso sull'importo a base di gara particolarmente elevato nei casi in cui sia stabilito un criterio di aggiudicazione al prezzo più basso, ovvero che risulta anormalmente bassa sulla base degli elementi specifici acquisiti dalla stazione appaltante, specie se il contratto è caratterizzato da complessità elevata.
- Presentazione di una sola offerta da parte del medesimo soggetto nell'ambito di procedure di gara che prevedono tempi ristretti di presentazione delle offerte, requisiti di partecipazione particolarmente stringenti e un costo della documentazione di gara sproporzionato rispetto all'importo del contratto, specie se il bando di gara è stato modificato durante il periodo di pubblicazione.
- Ripetuti affidamenti a un medesimo soggetto, non giustificati dalla necessità di evitare soluzioni di continuità di un servizio nelle more della indizione ovvero del completamento della procedura di gara.

- Ripetute aggiudicazioni a un medesimo soggetto, in assenza di giustificazione, specie se in un breve arco temporale, per contratti di importo elevato e mediante affidamenti diretti o con procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara, o a seguito di procedura a evidenza pubblica precedentemente revocata.
- Contratto aggiudicato previo frazionamento in lotti non giustificato in relazione alla loro funzionalità, possibilità tecnica o convenienza economica.
- Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione, consistenti in una variazione delle prestazioni originarie, in un allungamento dei termini di ultimazione dei lavori, servizi o forniture, in rinnovi o proroghe, al di fuori dei casi normativamente previsti, o in un significativo incremento dell'importo contrattuale.
- Esecuzione del contratto caratterizzata da ripetute e non giustificate operazioni di cessione, affitto di azienda o di un suo ramo, ovvero di trasformazione, fusione o scissione della società.
- Ricorso al subappalto oltre la quota parte subappaltabile, in assenza di preventiva indicazione in sede di offerta ovvero senza il necessario deposito del contratto di subappalto presso la stazione appaltante o della documentazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di legge.
- Esecuzione delle attività affidate al contraente generale direttamente o per mezzo di soggetti terzi in assenza di adeguata esperienza, qualificazione, capacità organizzativa tecnico-realizzativa e finanziaria.
- Esecuzione della prestazione oggetto della sponsorizzazione mediante il ricorso a subappalti oltre i limiti imposti per i contratti pubblici ovvero mediante il ripetuto ricorso a sub affidamenti, specie se in reiterata violazione degli obblighi contrattuali e delle prescrizioni impartite dall'amministrazione in ordine alla progettazione, direzione ed esecuzione del contratto.

5 Sottosezione di programmazione-Trasparenza e accessibilità

I recenti interventi normativi hanno attribuito al concetto di trasparenza nuovi significati.

La trasparenza è intesa come:

- *Accessibilità totale* a dati e documenti detenuti dall'Azienda allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli utenti e dei soggetti interessati all'attività dell'Ente e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche assegnate all'Asl di Caserta;
- *Controllo diffuso* di ogni fase del ciclo di gestione della performance;
- *Prevenzione* dei fenomeni corruttivi e promozione dell'integrità.

La trasparenza ha quindi una duplice funzione: "*statica*", che si configura essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati della PA per finalità di controllo sociale, e "*dinamica*", fortemente ancorata al concetto di performance in un'ottica di miglioramento continuo.

Con la pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, la trasparenza si pone inoltre come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà.

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito **alla trasparenza si arricchisce** oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, **con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico**. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli *stakeholder*, sia esterni che interni

Per favorire la creazione di **valore pubblico**, un'amministrazione **dovrebbe prevedere obiettivi strategici**, che riguardano anche la trasparenza, quali ad esempio:

- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- Promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli *stakeholder*, sia interni che esterni;
- Miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "*Amministrazione trasparente*";
- Miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- Digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- Individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli *stakeholder* alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- Miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- Promozione di strumenti di condivisione di esperienze e *best practices* (Es: costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- Consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Integrazione tra sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni
- Miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente
- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale

5.1 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici dell'Asl di Caserta per il triennio 2024 – 2026 sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati dall'Azienda.

Vengono, pertanto, individuati i seguenti obiettivi:

- Individuazione dei Dirigenti delle Strutture coinvolte quali Referenti aziendali per la Trasparenza;
- Trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezioni di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza, fruibilità e conseguente costante integrazione ed aggiornamento dei dati, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'Azienda;
- Adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza ed aiutare l'Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;
- Massima tracciabilità e trasparenza dell'utilizzo delle risorse finanziarie assegnate;
- Piena attuazione degli obblighi di trasparenza specifici e settoriali derivanti dall'applicazione del D.Lgs. n. 50/2016 e s.s.m. nuovo Codice degli Appalti e Contratti;
- Garanzia, per l'utenza, di una adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro

caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, al fine di rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;

- Controllo diffuso sulla performance aziendale.

Obiettivi operativi di trasparenza di breve periodo (un anno) sono:

- Aumento del flusso informativo interno all'Ente, mediante la strutturazione di varie iniziative organizzative e operative (potenziamento del sito internet, comunicazioni interne);
- Ricognizione e utilizzo delle banche dati e degli applicativi già in uso al fine di identificare eventuali, ulteriori possibilità di produzione automatica del materiale richiesto.

Obiettivi operativi di trasparenza di medio periodo (tre anni) sono:

- Aggiornamento dei processi delineati;
- Verifiche ed aggiornamento delle misure proposte anche in termini di sostenibilità organizzativa delle stesse;
- Mappatura di ulteriori processi che potrebbero emergere, anche a seguito di analisi organizzative aziendali e di eventuali problematiche che potrebbero sorgere;
- Integrazione del sistema della trasparenza con altri strumenti di programmazione;
- Rilevazione automatica del livello di soddisfazione degli utenti per mettere meglio a fuoco i bisogni informativi degli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione.

5.2 Soggetti responsabili del monitoraggio sulla trasparenza

- Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'OIV. A seguito dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato, il responsabile per la trasparenza e i dirigenti responsabili delle varie funzioni controllano la regolare attuazione dell'accesso civico. Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV (o dell'organismo con funzioni analoghe) e all'invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori – utili a superare le criticità segnalate dall'OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili;
- **L'Organismo Indipendente di Valutazione.** Nell'ottica di partecipazione alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL, va inquadrato il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «*Amministrazione trasparente*» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile;
- **I Dirigenti aziendali** hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del Programma Triennale della Trasparenza per la parte di loro competenza. Il D.lgs. 97/2016 demanda ai singoli dirigenti responsabili dei servizi dell'Azienda la garanzia del regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Il mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione costituisce illecito disciplinare, oltre alle ulteriori conseguenze e sanzioni specificatamente previste dalla normativa;
- **Stakeholder interni ed esterni.** La cultura della trasparenza ha una valenza trasversale in tutti gli ambiti di attività e coinvolge necessariamente i soggetti interni ed esterni all'Azienda sia come detentori e comunicatori dei dati sia come fruitori delle informazioni. In particolare, in una amministrazione complessa come quella sanitaria possono essere individuati alcuni soggetti che più facilmente ed immediatamente possono essere qualificati come stakeholder, ma solo una costante azione di monitoraggio ed una analisi del flusso di comunicazione potrà consentire di individuare più

compiutamente la reale platea. E' importante favorire il coinvolgimento delle associazioni dei consumatori, le associazioni di volontariato maggiormente rappresentative sul territorio, i sindacati del personale dirigente e del comparto, e del personale convenzionato. La diffusione del presente Piano viene garantita a tali organismi attraverso la pubblicazione on line di un invito a proporre le azioni di miglioramento che considereranno utili all'ottimizzazione del programma della Trasparenza. L'Asl di Caserta si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli stakeholder, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità. L'Asl di Caserta intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholder attraverso differenti modalità:

1. *Indiretta*, attraverso le segnalazioni pervenute tramite la posta elettronica o presentate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e per le notizie apprese tramite i media locali;
2. *Diretta*, con l'invio di una mail all'indirizzo urpfrontoffice@aslcaserta1.it, e mettendo a disposizione una mail dedicata: trasparenza@aslcaserta.it per raccogliere suggerimenti e proposte da apportare modifiche al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi di trasparenza e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholder interni ed esterni. A tal fine prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento deve essere pubblicato sul sito Internet apposito avviso (da inviare anche a Direzione aziendale, responsabili delle strutture interne, OO.SS) al fine di raccogliere suggerimenti e proposte. Sulla base delle proposte e dei suggerimenti pervenuti da tutti i soggetti interni ed esterni, il RT elabora la bozza finale di piano che viene inviata e condivisa con la Direzione Aziendale prima della formale approvazione.

5.3 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati

In base all'art. 1 comma 3 del d.lgs. n. 33 del 2013 gli obblighi di trasparenza integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dall'amministrazione a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art.117 secondo comma *lett. m)* della Costituzione. L'attuazione di detti obblighi costituisce obiettivo trasversale comune a tutte le strutture Aziendali rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni e della performance individuale dei dirigenti.

Nel d.lgs. n. 33 del 2013 le responsabilità sono incardinate, oltre che nella figura del RPCT, anche nei dirigenti responsabili, che siano "responsabili della elaborazione e della trasmissione" dei documenti, delle informazioni e dei dati. Infatti, l'art. 10 prevede che l'amministrazione debba indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (nella mappa degli obblighi di pubblicazione). Per quanto riguarda i dirigenti responsabili, in base all'art. 43, comma 3, gli stessi devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Inoltre, come chiarisce la modifica al comma 4 dell'art. 43, ricade sotto la loro responsabilità anche il controllo della regolare attuazione dell'accesso civico, attese le rilevanti finalità dell'istituto. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione (rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico) costituisce, ai sensi dell'art. 46, elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale. L'inadempimento non è sanzionato nel caso in cui sia data prova che il fatto deriva da causa non imputabile all'autore dello stesso. **Il Responsabile della trasparenza deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.** Il Responsabile deve segnalare

gli inadempimenti anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità. È prevista una specifica responsabilità nel caso di mancata pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di collaborazione e consulenza di cui all'art. 15, comma 2, (estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, soggetto percettore, ragione dell'incarico e ammontare erogato): la mancata pubblicazione comporta, nel caso di pagamento del corrispettivo, la responsabilità del dirigente che l'ha disposto, se accertata con procedimento disciplinare e il pagamento di una sanzione pari alla somma corrisposta, fatto salvo l'eventuale risarcimento del danno del destinatario (art. 15, comma 3).

Infine, ai sensi dell'art. 45, l'ANAC può ordinare di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013; la mancata pubblicazione entro il termine previsto costituisce illecito disciplinare a carico del responsabile della pubblicazione o del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni. Le norme sulla responsabilità vanno integrate con quanto previsto dalla legge n. 241 del 1990 in ordine ai responsabili di procedimento, anche non dirigenti: le pubblicazioni di cui al d.lgs. n. 33 del 2013 costituiscono parte del procedimento amministrativo e rientrano tra i compiti del responsabile di procedimento (ovvero del soggetto titolare del potere sostitutivo) il quale, ai sensi del co.1 lett. d) dell'art. 6 della legge n.241 del 1990, "cura le comunicazioni, le pubblicazioni e le notificazioni previste da leggi e dai regolamenti".

5.4 Dati da pubblicare

L'ASL di Caserta pubblica, nella sezione denominata "*Amministrazione trasparente*" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013 così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016. Sul sito sono presenti anche informazioni non obbligatorie, ma ritenute utili per il cittadino. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità. L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali e dei Soggetti Responsabili cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nelle Tabelle degli Allegati 3 e 4 del presente PIAO

La Tabella 4, sezione "contratti e bandi di gara" è stata adeguata con quanto disposto dalle Delibere ANAC.

In continuità con il 2023, l'Azienda pone attenzione al concetto della qualità dei dati da pubblicare, anche alla luce delle stringenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE/679/2016, ovvero sulla questione relativa al bilanciamento tra Privacy e Trasparenza al fine di garantire esatta attuazione delle prescrizioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, nonché delle Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi.

5.5 Procedura per la pubblicazione dei dati

La pubblicazione dei contenuti deve essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

L'Asl di Caserta provvede ad aggiornare la sezione "Amministrazione Trasparente" secondo le indicazioni delle Linee Guida Anac che hanno fornito una mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le Pubbliche Amministrazioni. Indispensabile è il coinvolgimento di quasi tutti i settori dell'Azienda, in considerazione di una realtà organizzativa molto settorializzata. L'impegno, quindi, è indirizzato in particolare sulla individuazione e normalizzazione dei dati da pubblicare, nonché sulle procedure di lavoro da seguire. È fondamentale ribadire, in ogni caso, che la trasparenza non è, e non deve essere intesa come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, bensì come attività propria e caratterizzante il modo di operare delle UU.OO.

I dati da pubblicare sono quelli previsti dalla normativa vigente ed indicati nella **Tabella allegata (Al 3)**. La Tabella oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la tempistica, in coerenza con le linee guida dell'ANAC, specifica i Responsabili della trasmissione ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013.

All'interno dell'Azienda, il Responsabile della Trasparenza (di seguito, per brevità "RT") esercita i poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano al sistema nel suo complesso.

In particolare, svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti mediante:

- Comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- Organizzazione di gruppi di lavoro;
- Qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Nell'Asl di Caserta, fatta eccezione sia per le determinazioni dirigenziali che per le Delibere Aziendali (di prossima attuazione), che vengono caricate nella sezione "Amministrazione trasparente" attraverso il collegamento con la piattaforma informatica "Gestione Atti Amministrativi", sia per i Curricula e le autocertificazioni, tutti gli altri documenti, dati e/o informazioni, sono caricati "manualmente" dal Servizio Informativo, struttura deputata alle pubblicazioni, previa comunicazione da parte della struttura che materialmente detiene in documento, dato e/o informazione (soggetto responsabile della trasmissione dati). Il RT ha un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i Responsabili delle strutture, nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti e informazioni. Per quanto concerne la tempistica di ciascuna pubblicazione vige l'indicazione riportata in relazione a ciascun obbligo di cui all'Allegato 1 del presente Piano.

Secondo le indicazioni ANAC contenute nella delibera 1310 del 2016, la data di aggiornamento del dato, documento e informazione deve essere indicata in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente". Laddove tale data non venga apposta automaticamente dal sistema informatico di pubblicazione, è a carico del responsabile della pubblicazione indicare la data di aggiornamento del dato, documento o informazione, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella di successivo aggiornamento. I soggetti responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" sono i Dirigenti Responsabili delle Strutture indicate nella tabella allegata, in qualità di Referenti.

Considerato, pertanto, che la trasparenza amministrativa è un processo complesso, è opportuno e necessario che i Dirigenti Responsabili provvedano a predisporre una relazione riassuntiva relativa alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza, da trasmettere al Responsabile della Trasparenza, il quale le allegherà alla relazione annuale che verrà trasmessa ai componenti dell'OIV, che la utilizzeranno per la loro attività di verifica.

Ogni Direttore di U.O. dell'Azienda, in qualità di "Fonte", è responsabile della pubblicazione dei documenti.

I Direttori/Dirigenti delle UU.OO. Aziendali, individuati a margine di ciascuna categoria di atti (all.1), come disposto dall'art. 43 c.3 d.lgs.33/2013 (come modificato dal D.Lgs. 97/2016) *"garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge; controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto"*.

Il Direttore del Servizio Gestione Risorse Umane provvede, all'atto della contrattualizzazione del personale dipendente e collaboratori, ad acquisire l'autocertificazione di sussistenza/insussistenza di conflitto di interesse, Curriculum Vitae (su supporto informatico) in formato editabile, modulo di richiesta del badge e dell'account di posta elettronica aziendale. Contestualmente dovrà essere notificato il codice di comportamento aziendale e l'informativo sul trattamento dei dati. Curriculum e autocertificazione dovranno essere inviati al Servizio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per la relativa pubblicazione.

5.6 Aggiornamento sullo stato di attuazione

I contenuti del Programma della Trasparenza sono oggetto di costante aggiornamento sullo stato di attuazione ed eventuale ampliamento degli obblighi, anche in relazione al progressivo adeguamento alle

disposizioni di legge.

5.7 Comprensibilità dei dati

Le Strutture aziendali, nella persona dei singoli referenti (Dirigenti) devono curare la qualità della pubblicazione, affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto. In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

Tab.118: Comprensibilità dei dati

<i>Caratteristica dati</i>	<i>Note esplicative</i>
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto, occorre: a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili.

5.8 Controllo e monitoraggio

Alla programmazione del monitoraggio segue la verifica circa la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33/2013, nel rispetto dei criteri di qualità ai sensi dell'art. 6 del citato decreto.

L'obiettivo è quello di evitare che il monitoraggio sulla trasparenza assuma un ruolo meramente formale, in modo da porre rimedio a ipotesi di assente o carente pubblicazione dei dati, la cui ostensibilità consente di assicurare quel controllo sociale diffuso che lo stesso legislatore intende perseguire con la disciplina del d.lgs. n. 33/2013. L'attuazione del monitoraggio può altresì riguardare la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ("*dati ulteriori*", ex art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. n. 33/2013) soprattutto ove concernano i processi interessati dalle ingenti risorse finanziate con il PNRR e i fondi strutturali e quelli che presentano rischi corruttivi significativi.

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl di Caserta, concorrono, oltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCRT) e l'OIV, più complessivamente, tutte le Unità Operative dell'Azienda e i relativi Dirigenti.

In particolare, il RPCRT svolge il controllo sull'attuazione del Programma per la Trasparenza e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'OIV su eventuali inadempimenti e ritardi.

A tal fine il RPCRT evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate, i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione. Decorso infruttuosamente tale termine, il RPCRT è tenuto a dare comunicazione all'OIV della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Spetta, infatti, all'OIV il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile della Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati. L'attività di controllo interna assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema di prevenzione del rischio di corruzione. L'epidemia da COVID-19 ha provocato tuttavia un sostanziale rallentamento delle attività di verifica dovuto all'impegno delle strutture aziendali nella gestione dell'emergenza e all'impegno del personale, deputato all'attività di

verifica del Piano Triennale, verso attività di supporto alle strutture sanitarie e al servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Il monitoraggio della trasparenza va svolto varie volte nel corso dell'anno e se possibile con il supporto di strumenti informatici e con la collaborazione dei responsabili della trasmissione dati.

5.9 Accesso civico

Sulla base delle indicazioni fornite dall'ANAC nelle linee guida approvate con deliberazione n. 1309 del 28.12.2016 e dalla Funzione Pubblica con Circolare n. 2/2017, è stato istituito un Registro degli accessi pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web istituzionale. Trattasi di una raccolta organizzata delle istanze riferite a tutte e tre le tipologie di accesso (documentale, civico e civico generalizzato), contenente l'elenco delle richieste non nominative con indicazione dell'oggetto, della data di presentazione e dell'esito delle stesse. Oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l'Autorità Anticorruzione intende svolgere sull'accesso generalizzato, la pubblicazione del registro degli accessi è utile, in una logica di semplificazione delle attività e massima attuazione del principio di trasparenza, in quanto consente di tracciare tutte le domande e la relativa trattazione in modalità automatizzata rendendo disponibili ai cittadini gli elementi conoscitivi rilevanti.

Nella suddetta sottosezione sono contenute, tutte le informazioni utili al cittadino in materia di trasparenza, la normativa di riferimento, la modulistica. Allo scopo di promuovere la corretta attuazione della normativa in materia di accesso civico e favorire una maggiore trasparenza nel rapporto tra l'amministrazione ed il cittadino, vengono forniti strumenti ed indicazioni, al fine di facilitare l'esercizio e la gestione delle istanze di accesso al richiedente.

Ci si propone per il 2024 di arricchire la sezione di nuovi contenuti, al fine di consentire al cittadino di comprendere la politica di prevenzione della corruzione e offrire strumenti di interazione con l'amministrazione, introducendo la sottosezione "News". Attraverso questa sotto-sezione l'Azienda si avvicina ancora di più al cittadino trasmettendo informazioni e notizie sempre aggiornate in materia di trasparenza ed anticorruzione, sia con riferimento alle iniziative adottate dall'ASL, che agli aggiornamenti nazionali, consentendo l'informazione a supporto, non solo del cittadino, ma anche delle strutture amministrative e rafforzando e valorizzando, la trasparenza del patrimonio informativo in un settore nuovo ed in continua evoluzione.

5.10 Standard di pubblicazione-Accorgimenti utili per la redazione dei documenti oggetto di pubblicazione

La normativa nazionale ha disciplinato i requisiti e gli standard dei siti web della Pubblica Amministrazione sottolineando l'obbligo di pubblicare informazioni e documenti garantendone la piena fruibilità.

In questo documento sono contenute alcune semplici linee guida che saranno via via adeguate alle norme e alle necessità dell'Amministrazione.

Formato di un documento

I documenti destinati al web dovrebbero essere sempre in "*formato aperto o in formato elaborabile*", ovvero deve essere possibile per gli utenti utilizzare i dati contenuti nel documento stesso per farne delle elaborazioni.

Caso 1- per gli allegati agli atti da pubblicare all'albo pretorio:

Qualsiasi sia il formato del documento allegato agli atti, è sempre necessaria anche una versione in formato PDF.

Caso 2 - per tutti i documenti da pubblicare sul sito istituzionale:

I documenti possono essere pubblicati in più formati (pdf/a, rtf, odt, csv, ods, txt, xml, html).

I formati da elaborare in maniera più agevole e che rispettano sicuramente la normativa sono:

- per il testo (che di solito viene creato con word o openoffice): i file devono essere salvati in formato RTF e/o ODT (basta fare File > Salva con nome e selezionare come tipo di file Rich text format .rtf oppure ODT);
- per i fogli di calcolo (che di solito sono creati con excel o openoffice calc) i file devono essere salvati in formato ODS e/o CSV (basta fare File > Salva con nome e selezionare come tipo di file ODS oppure CSV).

Per la produzione di file in formato PDF, sui vari personal computer in rete, è disponibile il SW che consente di generare un file di questo tipo da parte di ogni programma applicativo presente sullo stesso computer simulando una stampante (nome stampante PDFcreator o simile)

Un processo guidato condurrà alla creazione del file in luogo della produzione effettiva di una stampa.

Il contenuto di un documento

Contestualizzazione

Uno degli aspetti fondamentali delle pagine e dei documenti pubblicati su internet è che ad essi si può arrivare anche da un motore di ricerca o da un link diretto. Il documento in questo caso non viene consultato all'interno del suo contesto originale, quindi, per risultare comprensibile, deve contenere tutte le informazioni necessarie a renderlo *“auto esplicativo”*: chi lo ha scritto, quando, di cosa si tratta, periodo di validità, ecc.

5.11 Rimozione dei dati

Il d.lgs. n. 33/2013, all'art. 8 prevede che *“i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti”*.

In tutti i casi in cui non è specificato il momento iniziale della pubblicazione essa si intende tempestiva.

Decorso il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i dati, le informazioni e i documenti restano accessibili ai sensi dell'articolo 5, che disciplina la fattispecie dell'accesso civico. Nel caso in cui si ritenga di lasciarli in pubblicazione, essi andranno trattati ai sensi dell'art. 7-bis comma 3 e cioè come dati ulteriori dei quali non è richiesta la pubblicazione. Questo implica che i dati personali eventualmente presenti dovranno essere anonimizzati e che la pubblicazione potrà essere fatta solo dopo aver valutato l'assenza di pregiudizio ad uno degli interessi pubblici o privati indicati dall'art. 5-bis (esclusioni e limiti all'accesso civico).

Secondo quanto indicato nella tabella All.1 i soggetti responsabili della trasmissione del dato, dell'informazione o del documento e della loro pubblicazione, sono, altresì responsabili della rimozione allo scadere del termine di pubblicazione obbligatoria. Nel caso in cui si sia verificata un'alternanza dei soggetti responsabili, saranno responsabili anche della rimozione delle pubblicazioni avvenute prima del loro incarico.

La rimozione dei dati, delle informazioni e dei documenti allo scadere del termine previsto, è assolutamente necessaria laddove siano coinvolti dei dati personali. Infatti, una volta scaduti i termini di pubblicazione obbligatoria e in assenza di ulteriori norme che la legittimino, la diffusione del dato personale, non avendo più copertura normativa, costituisce violazione delle norme in materia di riservatezza e trattamento dei dati.

Al fine di semplificare e standardizzare le attività legate alla rimozione dei dati, ma anche in un'ottica di maggior trasparenza, si ritiene opportuno adottare, con la collaborazione del DPO, degli indirizzi operativi in ordine alle modalità di rimozione dei dati.

Decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione

Tab.119: Decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione

<i>D.lgs. n. 33/2013</i>	<i>Contenuto dell'obbligo</i>
Art. 8 co.3 - Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4. Decorso detto termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.
Art. 15 co. 4 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 2 entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico

5.12 Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti

La pubblicazione dei dati relativi alle attività negoziali da parte delle stazioni appaltanti è finalizzata a consentire l'accesso alle informazioni essenziali, che devono essere innanzitutto contenute negli atti riguardanti un appalto. Il rispetto dell'obbligo di pubblicazione di tali dati e informazioni richiede, quindi, anche una maggiore cognizione e responsabilità nell'adozione degli atti e nella definizione dei relativi contenuti, in quanto deve consentire alle figure preposte – ed ai cittadini in senso generale – la piena conoscenza dell'operato della pubblica amministrazione.

Con l'adozione del D.L 31 maggio 2021, n. 77 (convertito con legge 29 luglio 2021, n. 108 – c.d. Decreto Semplificazioni), il legislatore ha modificato l'articolo 29, comma 1 del Codice dei Contratti Pubblici, inserendo tra gli obblighi di pubblicazione, oltre a quelli preesistenti e relativi all'affidamento, anche quelli

relativi all'esecuzione. Questo intervento normativo andrà dunque ad impattare sulla struttura e sui contenuti del Profilo del Committente. Inoltre, con la delibera n. 468 del 16/06/2021, l'ANAC ha fornito ulteriori orientamenti interpretativi circa gli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27, d.lgs. 33/2013, in materia di atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati. In particolare, l'ANAC ribadisce l'assoggettamento agli obblighi di pubblicazione dei provvedimenti volti a sostenere un soggetto sia pubblico che privato, attraverso il riconoscimento di vantaggi economici diretti o indiretti di importo complessivo superiore a mille euro. Per quanto attiene il contesto sanitario, l'Autorità ha specificato che per il SSN, la pubblicazione non è prevista per le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

5.13 Norme generali sui concorsi

La normativa generale in materia di procedure concorsuali (D.P.R. 9 maggio 1994, n. 487, recante le norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi), dispone testualmente all'art. 11 che i componenti della commissione *“presa visione dell'elenco dei partecipanti, sottoscrivono la dichiarazione che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi ed i concorrenti, ai sensi degli articoli 51 e 52 del Codice di procedura civile”*. I principi generali in materia di astensione e ricsuzione del giudice, previsti dall'art. 51 e dall'art. 52 del c.p.c., trovano applicazione anche nello svolgimento delle procedure concorsuali, in quanto strettamente connessi al trasparente e corretto esercizio delle funzioni pubbliche. Pertanto, qualora un componente della commissione concorsuale si trovi in una situazione di incompatibilità prevista dal citato art. 51 c.p.c., ha il dovere di astenersi dal compimento di atti inerenti la procedura stessa; allo stesso modo, l'amministrazione interessata, valutata l'esistenza dei presupposti predetti, ha l'obbligo di disporre la sostituzione del componente, al fine di evitare che gli atti del procedimento risultino viziati (Circolare n. 3/2005 Dip. Funzione Pubblica).

Il quadro normativo è oggi in parte mutato a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 (legge anticorruzione) che ha aggiunto l'articolo 6-bis alla legge 241/1990, sul procedimento amministrativo. Tale disposizione impone a tutti i soggetti che a qualunque titolo intervengono nel procedimento amministrativo (formulando pareri, valutazioni tecniche e atti endo-procedimentali o adottando il provvedimento finale) di astenersi *“in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale”*. L'ANAC, nel PNA 2019, ricorda alle pubbliche amministrazioni la corretta applicazione di quanto previsto all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001. La disposizione prevede il divieto, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice penale

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

Come evidenziato anche dall'ANAC nella delibera n. 209 del 1° marzo 2017, la valutazione della ricorrenza di una causa di incompatibilità di cui all'articolo 51 c.p.c. spetta all'amministrazione che deve effettuare uno stringente controllo sulle autodichiarazioni rilasciate dai commissari, le quali devono riportare l'indicazione della tipologia di eventuali rapporti a qualsiasi titolo intercorsi o in essere con i candidati. A tal uopo, al fine di garantire trasparenza e terzietà di giudizio nelle procedure concorsuali aziendali, si suggerisce un modello di dichiarazione da adottare. Il Responsabile della Trasparenza ha realizzato, nell'ambito del Portale Amministrazione Trasparente una sezione specifica nella quale per ogni Bando/Concorso vengono pubblicati tutti gli atti:

- Delibera di Indizione e bando;

- Delibera di presa atto dei partecipanti e nomina commissione;
- Convocazione dei candidati;
- Diario delle prove;
- Pubblicazione dell'esito delle prove;
- Tracce e/o quesiti;
- Criteri di valutazione delle prove;
- Elenco dei vincitori.

Il Sistema proposto, tra l'altro già in uso presso altre Aziende, consente altresì di razionalizzare e semplificare la gestione amministrativa dei concorsi.

Nella sottosezione vanno schematizzati (cfr. modello Allegato n. 2), per ciascun dato da pubblicare:

Fig.105- Schema dati da pubblicare



Nella sottosezione vengono indicati i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'amministrazione (ad esempio, un'autorità amministrativa indipendente non pubblica i dati sulla programmazione territoriale). È in ogni caso consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma dell'ente. Si tratta peraltro, in questo caso, di una soluzione analoga a quella già adottata in tema di responsabilità dei procedimenti amministrativi.

L'Allegato 2 del PNA, che schematizza i principali contenuti della sottosezione del PIAO/PTPCT dedicata alla trasparenza, deve intendersi come esemplificazione dei flussi informativi. Resta fermo che ogni amministrazione adotta le soluzioni ritenute più opportune in base alle proprie caratteristiche organizzative nel rispetto delle previsioni contenute nel d.lgs. 33/2013 sopra citate (art. 10, co. 1). *“L'autorità, nell'effettuare la propria vigilanza sulla trasparenza e per l'applicazione di sanzioni, tiene conto di quanto indicato nella programmazione della trasparenza sia per ciò che riguarda i soggetti responsabili delle fasi dei flussi procedurali sia delle scadenze di pubblicazioni indicate nella sottosezione del PIAO. Tali scadenze sono stabilite nel rispetto di quelle per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati eventualmente già disposte dalle norme”*. La piena attuazione della trasparenza comporta anche che le amministrazioni e gli enti prestino la massima cura nella trattazione delle istanze di accesso civico “semplice” e generalizzato. Tutte le informazioni necessarie per consentire l'esercizio di entrambi i diritti vanno pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale.

5.14 Pubblicazione delle Banche Dati

Visto l'art. 9 bis del D.Lgs. 33/2013, per garantire l'effettiva corrispondenza tra obblighi di pubblicazione e adempimento conseguente, si procederà, laddove possibile, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti (Allegato B, art. 9 bis D.Lgs. 33/2013, come da tabella che segue).

Tab.120: Pubblicazione banche dati

Prog.	Nome della Banca Dati	Amministrazione che detiene la Banca Dati	Norma/e Istitutiva/e della Banca Dati	Obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2023
1.	Perla PA	PCM DFP	Artt. 36, c.3, e 53 del d.lgs. n. 165 del 2001; Art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012.	Art. 15 (titolari di incarichi di collaborazione o consulenza); Art.17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); Art. 18 (dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici)
2.	SICO – Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni Pubbliche	MEF- RGS (IGOP)	Artt. 40-bis, co.3, e 58-62 del d.lgs. n. 165 del 2001.	Art. 16, co. 1-2 (dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato); Art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); Art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa).
3.	Archivio contratti del settore pubblico	ARAN CNEL	Artt. 40-bis, co.5, e 47, co.8, del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); Art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa).
4.	SIQuEL – Sistema Informativo Questionari Enti Locali	CORTE DEI CONTI	Art. 1, co.166-167, della legge n. 266 del 2005	Art. 22 (dati relativi ai soli Enti locali, riguardanti enti pubblici vigilati, enti di diritto privato in controllo pubblico, partecipazioni in società di diritto privato)
5.	Patrimonio della PA	MEF DT	Art. 2, co.222, della legge n. 191 del 2009; Art. 17, co.3-4, del decreto-legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014	Art. 22, commi 1 e 2 (dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalle amministrazioni pubbliche o in cui le Amministrazioni nominano propri rappresentanti negli organi di governo); Art. 30 (dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti delle amministrazioni pubbliche)
6.	Rendiconti dei gruppi consiliari regionali	CORTE DEI CONTI	Art. 1, co.10, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 213 del 2012.	Art. 28, co. 1 (pubblicità dei rendiconti dei gruppi consiliari regionali)

L'obiettivo sul lungo periodo è promuovere il concetto che il sistema della Trasparenza non è solo accessibilità e fruibilità dei dati, nonché prevenzione dei fenomeni di corruzione, ma è soprattutto sistema di analisi che contribuisce all'individuazione e al superamento delle disfunzioni organizzative interne che impattano sull'efficienza e l'efficacia dell'attività dell'Azienda nel suo complesso. Il pieno coinvolgimento di tutti gli attori sarà decisivo per la qualità ed effettività dell'intero PIAO.

6 La Gestione della Privacy all'interno dell'ASL di Caserta

L'afflusso e la gestione di dati personali e sensibili all'interno di una struttura sanitaria, rappresenta un aspetto considerevole delle attività e delle prestazioni eseguite al suo interno. La garanzia della loro protezione e della loro riservatezza è dunque un tema specificamente delicato. Come stabilito dal Regolamento europeo 679/2016 sulla protezione dei dati personali (GDPR) e dal D.lgs. n. 196/2003 modificato dal D.lgs. n. 101/2018, in virtù del principio di responsabilizzazione riconosciuto in capo al Titolare del trattamento (*accountability*), l'ASL di Caserta è tenuta a porre in essere tutte quelle misure tecniche ed organizzative atte a garantire adeguata protezione e riservatezza di tali informazioni, ponendo in essere comportamenti proattivi e tali da dimostrare che il trattamento effettuato risulti conforme alla normativa previgente. Il Modello Organizzativo Privacy ("MOP") dell'ASL Caserta è rispondente non solo alle esigenze di adeguamento alla normativa, ma anche ai processi organizzativi propri dell'Azienda. Il modello si sviluppa, in particolare, attraverso un sistema di governance articolato in varie tipologie di Ruoli:

- Il Titolare del Trattamento
- I Soggetti Delegati al trattamento dei dati personali (Direttori/Responsabili delle Macrostrutture e Serv. Centrali);
- I Responsabili esterni del Trattamento dei dati personali (ex art. 28 Reg. UE 679/16);
- Le persone autorizzate al trattamento di dati personali (di seguito per brevità, anche, gli "Autorizzati").
- Gli Amministratori di Sistema (di seguito, per brevità, anche gli "AdS").

Con Delibera aziendale n.1043 del 11/07/2022 sono state individuate una serie di attività da attuare in materia di privacy; parte di queste sono state ricomprese nel novero degli obiettivi programmatici e strategici della performance nel Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 e si ripeteranno per il triennio 2024 -2026.

Obiettivi strategici legati alla performance: Autorizzati, Referenti interni e formazione in materia di privacy. Responsabili Esterno del trattamento dati

I Delegati al Trattamento dei dati. Tra i poteri riconosciuti in capo al Titolare del Trattamento ad opera del GDPR vi è la nomina dei cosiddetti Delegati al Trattamento, ossia coloro che ricoprono incarichi di responsabilità all'interno dell'Azienda. Tali figure hanno l'onere di realizzare tutto ciò che risulti necessario per garantire il rispetto della normativa vigente, nonché di osservare le disposizioni impartite dal Titolare.

Gli Autorizzati al Trattamento dei dati. Tra i diversi compiti riconosciuti in capo ai Delegati al trattamento, vi è l'individuazione e la somministrazione delle misure minime di sicurezza agli "Autorizzati al trattamento dei dati", i quali ai fini dell'assolvimento di tale ruolo, necessitano di essere formati ed informati.

Formazione in materia di privacy. Sebbene considerato come uno degli adempimenti stabiliti dal GDPR e degli obiettivi strategici nel PIAO, lo svolgimento del **corso di formazione in materia di privacy** rappresenta un obbligo di legge, in quanto misura di sicurezza per tutti i dipendenti che trattano dati personali. L'obbligo di istruire chiunque tratti dati personali sotto l'autorità del titolare o del responsabile del trattamento è previsto dagli articoli 29 e 32 del Regolamento UE 2016/679 (noto anche come GDPR). Nel caso di mancata erogazione della formazione scatta, infatti, ai sensi dell'art. 83 par 4 del Reg. UE, la rilevante sanzione amministrativa pecuniaria fino a 10 milioni di euro. L'adempimento degli obblighi formativi è sovente oggetto anche di accertamenti ispettivi da parte dell'Autorità Garante privacy e da parte della Guardia di Finanza. **La formazione costituisce, pertanto, una misura di sicurezza per le organizzazioni, un onere a carico del titolare, un diritto e dovere per i dipendenti e i collaboratori.**

Responsabili Esterno del trattamento dati. Nell'ambito di rapporti contrattuali e/o convenzionali che possono consistere in attività di trattamento dei dati, il Titolare del trattamento è tenuto a designare il Responsabile esterno al trattamento dei dati (art. 28 GDPR). Con Delibera n.1043 dell'11/07/2022 è stata adottata la procedura di Nomina dei responsabili esterni e le relative modalità operative a cui tutti gli uffici devono conformarsi.

7 Organizzazione e capitale umano

7.1 Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa

In questa sezione si presenta il **modello organizzativo** adottato dall'Amministrazione/Ente:

- Organigramma;
- Livelli di responsabilità organizzativa;
- Ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio;
- Altre eventuali specificità del modello organizzativo, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati.

La struttura organizzativa dell'ASL Caserta è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture ed Uffici. Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell'ambito dell'organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale e UUOO semplici.

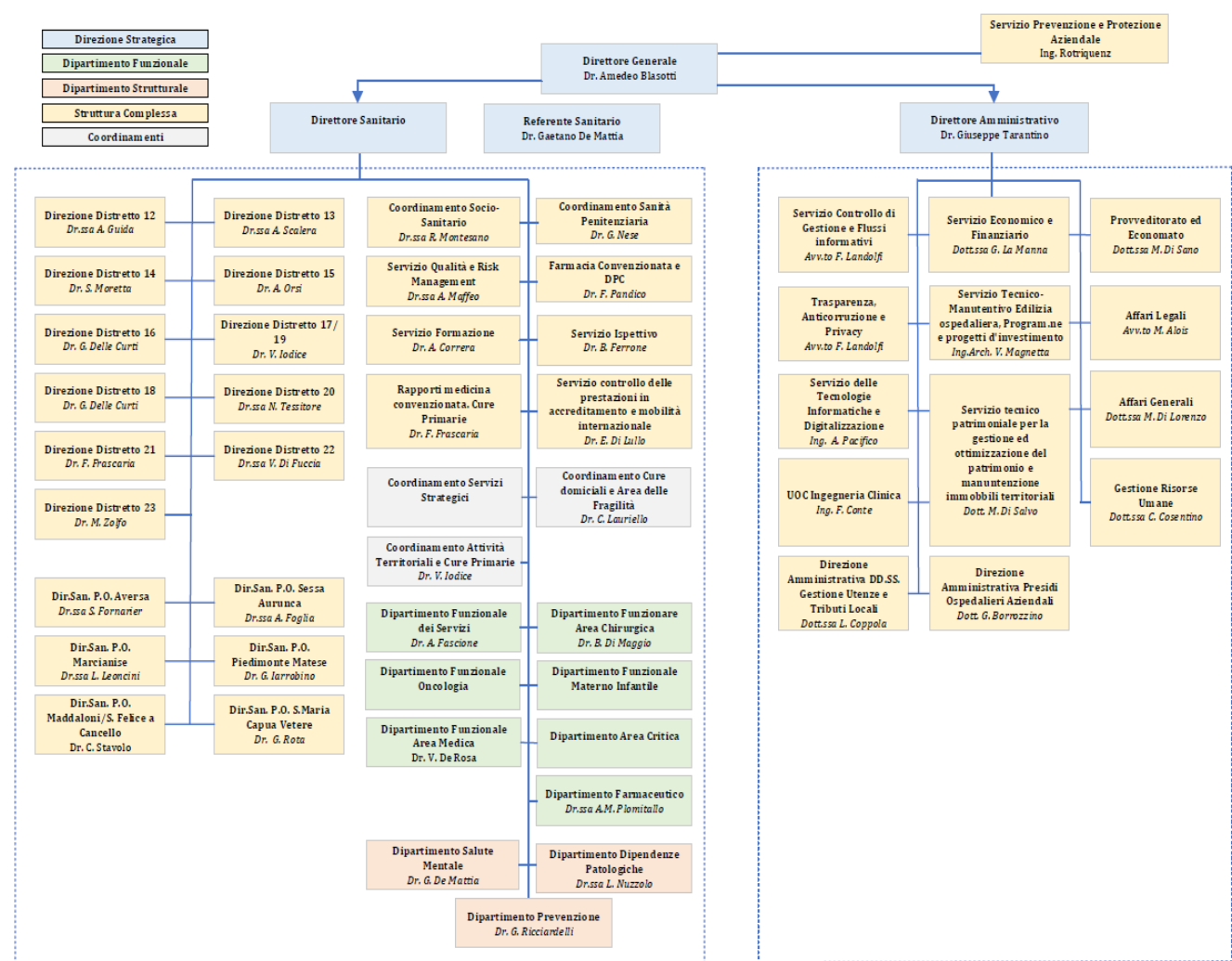
La vigente articolazione è espressione dell'Atto Aziendale. Tale piano consiste nel documento approvato con Decreto del Commissario ad ACTA della Regione Campania n. 64 del 13.12.2017, che individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sottendono l'intero sistema.

La Direzione Aziendale definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale è responsabile della pianificazione strategica.

La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività annuale al raggiungimento degli obiettivi strategici ed è svolta dalle strutture organizzative funzionali di livello generale in base agli indirizzi della Direzione aziendale.

Fig. 106: Organigramma aziendale



Aggiornamento 12/01/2024

Personale aziendale

Fig.107, Fig.108, Fig.109: Dati personale ASL Caserta Aggiornati al 1.01 .2024



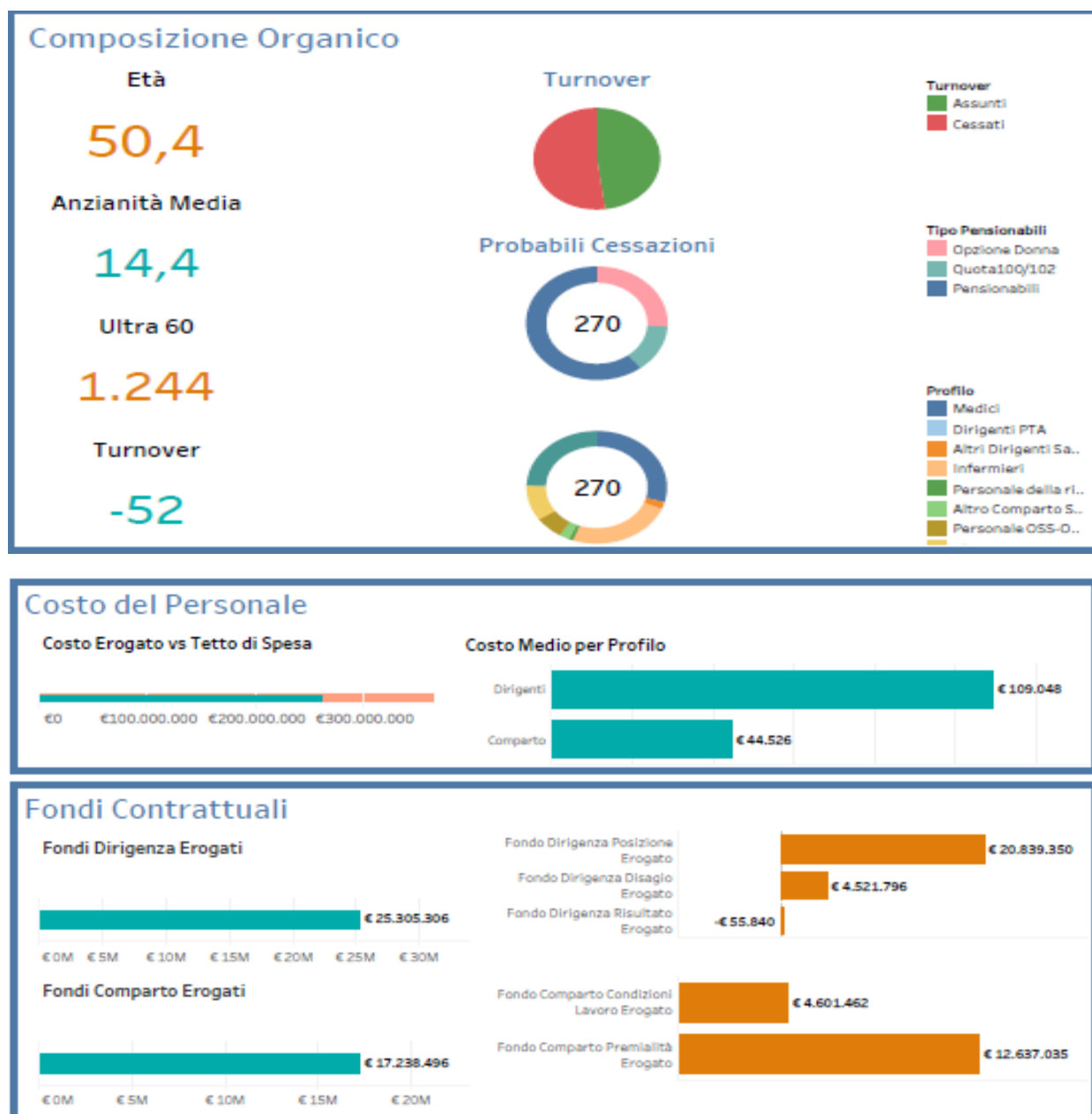


Fig. 110. Organico e costi

Organico e costi

Overview composizione organico e costi

Comlessivo

Teste

5.389

delta con 2021
792
delta %
17%

Teste pesate

5.370,2

delta con 2021
986,0
delta %
22%

Costo

132,9 €min

delta con 2021
10,8 €min
delta %
9%

Costo medio

24,7 €mgl

delta con 2021
-2,5 €mgl
delta %
-9%

Medico

Teste

1.185

delta con 2021
144
delta %
14%

Teste pesate

1.185,6

delta con 2021
178,6
delta %
18%

Costo

55,4 €min

delta con 2021
3,5 €min
delta %
7%

Costo medio

46,8 €mgl

delta con 2021
-4,1 €mgl
delta %
-8%

Infermiere

Teste

2.289

delta con 2021
335
delta %
17%

Teste pesate

2.296,8

delta con 2021
480,7
delta %
26%

Costo

42,1 €min

delta con 2021
2,7 €min
delta %
7%

Costo medio

18,3 €mgl

delta con 2021
-2,2 €mgl
delta %
-11%

OSS

Teste

260

delta con 2021
49
delta %
23%

Teste pesate

247,1

delta con 2021
41,3
delta %
20%

Costo

4 €min

delta con 2021
0,6 €min
delta %
18%

Costo medio

16,2 €mgl

delta con 2021
-0,4 €mgl
delta %
-2%

Altro

Teste

1.655

delta con 2021
264
delta %
19%

Teste pesate

1.640,7

delta con 2021
285,4
delta %
21%

Costo

31,4 €min

delta con 2021
4,1 €min
delta %
15%

Costo medio

19,1 €mgl

delta con 2021
-0,9 €mgl
delta %
-5%

7.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile

Innovazione nei modelli organizzativi del lavoro: cenni e richiami

A causa dell'emergenza sanitaria, oramai conclusa, si è reso necessario, un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile o lavoro da remoto, le cui procedure attuative sono state realizzate in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

Di seguito si riportano i modelli organizzativi maggiormente applicati nelle pubbliche amministrazioni, da quelli tradizionali a quelli più innovativi, che negli ultimi anni si stanno diffondendo allo scopo di migliorare i livelli di efficienza organizzativa e aumentare i livelli di responsabilizzazione del personale aziendale, favorendo la conciliazione della vita familiare con quella professionale.

I modelli di lavoro sono i seguenti:

Tradizionale: le attività vengono svolte in presenza, nella sede di lavoro.

Lavoro agile o Smart working: il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante *accordo tra le parti*, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita *in parte all'interno dei locali dell'amministrazione e in parte all'esterno* di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Lavoro da remoto o Remote working: può essere prestato anche attraverso una modifica del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro; quindi esso comporta l'effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato.

Piano organizzativo del Lavoro Agile

Nella presente sottosezione viene delineata l'organizzazione del lavoro agile, realizzata secondo quanto stabilito dalla normativa di riferimento ed in coerenza con le più aggiornate Linee Guida emanate dal

Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti⁸, delle strategie e degli obiettivi aziendali volti allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, e a definire un suo consolidamento.

Premessa

La necessità di implementare durante il periodo dell'emergenza sanitaria, modelli di lavoro alternativi a quello in presenza, quindi lavoro agile-Smart working e remote working, ha fornito una spinta alla riflessione sulle relative modalità organizzative e sulle migliori opportunità di applicazione nell'ambito delle normali attività operative, in occasione del rientro al lavoro in presenza, in essere dal termine dell'emergenza sanitaria.

Quanto detto si riflette nell'evoluzione della Norma in materia, che favorisce sempre più la diffusione di modelli organizzativi innovativi e flessibili orientati agli obiettivi ed ai risultati; ciò ha inciso fortemente sul ripensamento dell'organizzazione del lavoro che deve tendere all'aumento dell'efficacia dell'azione amministrativa nonché favorire la conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti.

Riferimenti Normativi

La **Legge 7 agosto 2015, n.124 e ss. mm. ii.** rubricata in *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* all'art. 14 *“Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”* dispone che *“le amministrazioni, ..., adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile. Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) (...)”* anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera”.

La successiva **Legge 22 maggio 2017, n. 81 E ss.mm.ii.**, *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”* disciplina, al capo II, il lavoro agile; in particolare al comma 1 dell'art. 18 viene stabilito che *“allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, promuovono il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”* mentre al comma 3-bis. È previsto che *“I datori di lavoro pubblici e privati che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti in ogni caso a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile (...)”*; in particolare vengono esaminate come “priorità” le seguenti richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori aventi:

- Figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- Disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- Ovvero che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

La suddetta Legge si è ispirata alla nozione di *Lavoro Agile* dettata nella **Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016**, che lo intende come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

In seguito, è stata emanata la direttiva n. 3/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA.

⁸ A tal riguardo, si sottolinea che il CCNL del Comparto Sanità sottoscritto il 2 novembre 2022, ha disciplinato il *Lavoro Agile*

Dal 2020, con la Pandemia vi è stato un susseguirsi di norme volte a ad attuare in maniera massiva il lavoro agile volto ad affrontare l'emergenza sanitaria e garantire l'erogazione dei servizi pubblici.

Le misure introdotte dal 2020 riguardano:

- La previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione (art 18 co. 5 del DL 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n.124/2015);
- La previsione del lavoro agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, al fine di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che si ritengono indifferibili e che richiedano necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L. 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione (art. 87 co 1 e 2 del DL 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni);
- L'introduzione, con l'art. 263 comma 4-bis DL 34 del 19 maggio 2020, del POLA al fine di ampliare il ricorso al lavoro agile come strumento ordinario di organizzazione del lavoro nelle pubbliche amministrazioni;
- Le indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale (Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19/10/2020);
- Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 con cui si approvano le "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico e individua le modalità attuative del lavoro agile;
- Il Decreto legge n. 56 del 30/04/2021 che ha modificato l'art. 14 della Legge n. 124/2015 relativo alla redazione del POLA e alla proroga al 31/12/2021 dell'accesso al lavoro agile secondo modalità semplificate proprie della fase emergenziale. Si conferma, altresì, che il ricorso a tale modalità di lavoro sia possibile a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese avvenga con regolarità, continuità ed efficienza;
- Il DPCM 24/09/2021 ha stabilito che a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa sia quella svolta in presenza, prevedendo in tal modo il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale nella forma semplificata (ovvero senza la necessità di accordo individuale) quale modalità ordinaria di lavoro nella PA;
- Con il terminare della pandemia è stato adottato dal Ministro per la Pubblica Amministrazione il Decreto del 08.10.2021, volto a definire le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, "al fine di realizzare il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa".
- La circolare del 5 gennaio 2022 il Ministro per la pubblica amministrazione e il Ministro del lavoro, hanno inteso sensibilizzare anche le pubbliche amministrazioni all'utilizzo del lavoro agile quale strumento di contenimento del virus, pur nel rispetto del quadro normativo vigente. Nella circolare si evidenzia come una delle principali caratteristiche della disciplina del lavoro agile nel settore pubblico sia la flessibilità.

Inoltre, sono state adottate le Linee Guida sul lavoro agile, dal Ministro per la pubblica amministrazione e presentate il 22.10.2021 alle OO.SS., ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del citato DM 08.10.2021, che ha gettato le basi per la sottoscrizione dei CC.CC.NN.LL. relativi al triennio 2019-2021 contenenti disposizioni in merito allo Smart working; in particolare, le Linee Guida sul lavoro agile, al paragrafo 2, punto 2, stabiliscono che *"L'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le organizzazioni sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili"*; nel merito, si significa che il CCNL comparto Sanità del 2 novembre 2022 ha disciplinato il lavoro agile al CAPO I del TITOLO VI.

Infine, il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 149 del 22 agosto 2022 sono state definite le Regole di compilazione della comunicazione dell'accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità "Lavoro Agile".

Per completezza d'informazione si evidenziano, altresì, le seguenti circolari che, si rivolgono anche ai lavoratori in Smart alla stregua di quelli che svolgono il lavoro in presenza.

- Circolare INAIL n. 48/2017 per la tutela dei casi di infortunio e di malattie professionali nel lavoro agile.
- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 *“Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”*.

In questo quadro normativo, il presente Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2023-2025 è stato elaborato definendo obiettivi e risultati raggiunti e programmati.

7.2.1 Atti di Indirizzo dell’Azienda Sanitaria Locale di Caserta

Nell’ottica di avviare un percorso di organizzazione aziendale volto ad implementare un modello di lavoro agile sviluppato secondo la normativa di riferimento, l’Azienda sanitaria Locale di Caserta, attraverso propri provvedimenti ed atti di indirizzo, ha avviato un percorso volto a dare impulso al cambiamento culturale interno all’azienda ed ad attuare tale forma di lavoro.

A tal riguardo, si evidenzia che con deliberazione del Direttore Generale n. 634/2022 concernente l’approvazione del Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) triennio 2022-2024, conformemente a quanto previsto dall’art. 14 della precitata Legge n. 124/2015, è stato elaborato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

Nel corso dell’anno 2022, sono state, inoltre adottate ulteriori direttive e circolari esplicative volte a:

- Chiarire le modalità di attuazione del lavoro agile,
- Rimarcare i contenuti minimi che devono contenere gli accordi individuali,
- Fornire indicazioni in ordine all’assolvimento degli obblighi di comunicazione delle informazioni relative allo Smart working ai sensi dell’art. 23 della citata Legge n. 81/2017,
- Compulsare le Strutture aziendali a voler consentire lo svolgimento del lavoro agile (...),
- Adottare puntuale informativa sui rischi generali e specifici dell’attività rivolta al lavoratore con il quale l’azienda ha concluso l’accordo individuale,
- Realizzare la predetta informativa sulla sicurezza dei lavoratori ai sensi dell’ex art. 22 comma 1 della precitata L. n. 81/2017.⁹

Gli obiettivi del Lavoro Agile

Con il lavoro agile l’Azienda Sanitaria Locale di Caserta persegue i seguenti obiettivi principali:

- Aumento della produttività e qualità del lavoro;
- Riprogettazione degli spazi di lavoro.
- Acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;
- Riduzione delle assenze dal servizio;
- Risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche, attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro;
- Miglioramento dell’equilibrio fra vita professionale e privata;
- Maggiore senso di responsabilizzazione e autonomia rispetto agli obiettivi di ufficio e personali, sviluppare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- Maggiore applicazione di flessibilità nell’organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell’uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione;
- Maggiore soddisfazione dell’organizzazione del proprio lavoro;
- Maggior benessere organizzativo;
- Diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- Promozione dell’inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- Promozione dell’inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente ovvero temporanea;
- Promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali;

⁹ nota ASL CE n. 196110/GRU del 05/04//2022, nota ASL CE prot. n. 366084/GRU del 12.092022, nota sl CE prot. n. 0403318/DIR.GEN. del 18/10/2022, prot. ASL CE n. 0424879/SPP del 10/11/2022

- Contributo allo sviluppo sostenibile.

7.2.2 Destinatari

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentita a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, con contratto a tempo indeterminato o determinato, *restando escluso, il personale che lavora in turno e quello che richiede l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.*

Ogni dirigente/direttore di struttura, ai fini dell'autorizzazione del lavoro agile, è tenuto a valutare l'opportunità organizzativa flessibile, perseguendo il corretto bilanciamento tra gli obiettivi in ambito sanitario e i risultati da raggiungere, soprattutto al fine di garantire costantemente l'efficienza dei servizi sanitari essenziali, a tutela dei pazienti e degli utenti.

L'accesso al lavoro agile avviene su istanza individuale del dipendente.

Il Dirigente/Direttore responsabile dell'ufficio o del servizio, provvede alla acquisizione delle istanze presentate e ammette al lavoro agile tutti i dipendenti che possono svolgere una o più attività di quelle oggetto di lavoro agile.

Il dirigente/Direttore deve, inoltre, tener conto ai fini dell'autorizzazione del lavoro agile, dei diritti di priorità richiamati sopra, sanciti dal comma 3-bis dell'art. 18 L. n. 81/2017.

7.2.3 Condizioni per lo svolgimento del lavoro agile

Il dipendente può eseguire la prestazione in lavoro agile quando tra le mansioni svolte siano presenti attività che possono essere oggetto di Smart working ad eccezione dei lavoratori che svolgono attività in turno e per quelli a cui è richiesto l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, ovvero per quelle prestazioni per le quali il responsabile di Struttura - con atto motivato - ritiene di non poter autorizzare.

Il lavoro agile può avere ad oggetto sia le attività ordinariamente svolte in presenza dal dipendente, sia attività progettuali specificamente individuate. L'attività svolta sarà oggetto di rendicontazione, monitoraggio e valutazione anche nell'ambito del ciclo della performance definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. La prestazione lavorativa può essere svolta in Smart working che di norma non dovrà superare le due giornate a settimana, salvo casi eccezionali e straordinari. L'autorizzazione del lavoro agile deve avvenire garantendo il rispetto delle seguenti condizioni:

- Le priorità d'accesso definite al comma 3 bis dell'art. 18 della L. n. 81/2007;
- L'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- L'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile assicurando la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza nonché evitando la contestuale assenza di tutti i dipendenti.

7.2.4 Accordo Individuale

L'attivazione del lavoro agile subordinata alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente e il Dirigente/Direttore di Struttura del cui quest'ultimo assegnato. Copia dell'accordo individuale sottoscritto va inviata al Servizio Gestione Risorse Umane per la conservazione nel fascicolo personale del dipendente unitamente al prospetto compilato contenente informazioni utili a permettere la comunicazione obbligatoria dello svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile. Nell'accordo sono specificati i contenuti della prestazione, la verifica della prestazione, la durata dell'accordo, il luogo della prestazione, le modalità di svolgimento, l'individuazione delle giornate da destinare al lavoro agile, il monitoraggio periodico da realizzare secondo modalità uniformi all'interno dell'Amministrazione, i supporti tecnologici da utilizzare in relazione alla specifica attività lavorativa, la dotazione tecnologica eventualmente fornita dall'Amministrazione; la fascia/e oraria/e di reperibilità telefonica e/o a mezzo posta elettronica, il potere direttivo e di controllo, il diritto/dovere alla disconnessione, il trattamento giuridico ed economico, la formazione del dipendente, i permessi, il recesso, obblighi di comportamento, istruzione per il trattamento dei dati personali, informativa sulla privacy, assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Vengono altresì assolti gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati. Le attività rese sono oggetto di valutazione nell'ambito del ciclo della performance.

Si riportano di seguito alcuni contenuti dell'accordo meglio esplicitati:

Luogo di svolgimento della prestazione lavorativa

Il luogo di svolgimento della prestazione lavorativa individuato dal singolo dipendente di concerto con il Dirigente a cui il dipendente assegnato in modo che sia garantita la presenza delle condizioni che garantiscono il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, la piena operatività della dotazione informatica, la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni trattati di cui si dispone per ragioni di ufficio.

Prestazione Lavorativa

Le giornate nelle quali la prestazione viene resa in modalità agile, le modalità attraverso le quali il dipendente attesta l'inizio e la fine della prestazione lavorativa sono definite nell'accordo individuale di lavoro agile. Nel caso di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura che impediscano lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto, il dipendente informa il Dirigente del Servizio della struttura di appartenenza.

La prestazione lavorativa viene svolta dal dipendente senza precisi vincoli di orario pur sempre nel rispetto dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Al fine di assicurare un'efficace ed efficiente interazione con l'Ufficio di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il dipendente, nell'arco della giornata di lavoro agile, deve garantire la sua reperibilità da parte dell'Ufficio (a mezzo e-mail, telefono, messaggi ecc...). Ai dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile, sia per gli aspetti normativi sia per quelli economici, si applica la disciplina vigente prevista dalla contrattazione collettiva ivi comprese le disposizioni in tema di malattia e ferie. Durante le giornate di lavoro in modalità "lavoro agile" il buono pasto non è riconosciuto.

Report e verifica della prestazione

Al termine della giornata lavorativa svolta in modalità agile, il dipendente è tenuto a redigere una relazione dell'attività svolta, elaborando una breve sintesi avendo cura di segnalare eventuali criticità riscontrate, problemi insorti ovvero eventuali suggerimenti.

Dotazione tecnologica-strumentazione

Il dipendente può espletare la propria prestazione lavorativa in modalità agile avvalendosi di supporti informatici quali personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto idoneo dall'Amministrazione, per l'esercizio dell'attività lavorativa, di sua proprietà o nella sua disponibilità. Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto dovranno essere tempestivamente comunicati dal dipendente al Servizio dei Sistemi Informativi al fine di poter trovare una possibile soluzione al problema. Qualora non sia possibile, il dipendente dovrà concordare con il Dirigente di riferimento le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, se inevitabile, il rientro del lavoratore agile nella sede di lavoro.

Le spese connesse, riguardanti i consumi elettrici e di connessione, o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono, in ogni ipotesi, a carico del dipendente. Ogni eventuale onere collegato direttamente o indirettamente allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile, quali a titolo esemplificativo l'elettricità, il riscaldamento, le connessioni telefoniche, a carico del dipendente.

Diritto alla disconnessione

In attuazione di quanto disposto all'art. 19 comma 1 della Legge del 22 maggio 2017 n. 81, l'Amministrazione riconosce il diritto alla disconnessione: il lavoratore agile ha diritto a non leggere e non rispondere a email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare, di non inviare e-mail e messaggi di qualsiasi tipo inerenti all'attività lavorativa nel periodo di disconnessione.

Rapporto di lavoro

L'esecuzione dell'attività lavorativa in modalità agile non muta la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato del dipendente in atto, che continua ad essere regolato dalla legge, dalla contrattazione collettiva nazionale, dagli accordi collettivi decentrati, dal contratto individuale, senza alcuna discriminazione ai fini del riconoscimento di professionalità ' e delle progressioni di carriera eventualmente previste (orizzontali e verticali). Il dipendente è tenuto, sotto la sua responsabilità, a dichiarare l'orario lavorativo giornaliero effettivamente svolto, con particolare riguardo all'ora di inizio e cessazione del lavoro. I dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile mantengono lo stesso trattamento economico e normativo di appartenenza. Ai sensi dell'art. 19 della legge 22 maggio 2017 n. 81 il lavoratore agile e l'amministrazione possono recedere dall'accordo di lavoro agile in qualsiasi momento con un preavviso di almeno 30 giorni. Nel caso di lavoratore agile disabile ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine del preavviso del recesso da parte dell'amministrazione non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato. L'accordo individuale di lavoro agile può in ogni caso, essere revocato dal Dirigente del Servizio di appartenenza:

- Nel caso in cui il dipendente non rispetti i tempi o le modalità di effettuazione della prestazione lavorativa, o in caso di ripetuto mancato rispetto delle fasce di reperibilità;
- Mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati e definiti nell'accordo individuale. In caso di revoca il dipendente tenuto a riprendere la propria prestazione lavorativa secondo l'orario ordinario presso la sede di lavoro dal giorno successivo alla comunicazione della revoca. La comunicazione della revoca potrà avvenire per e-mail ordinaria personale, per PEC, per comunicazione telefonica.

L'avvenuto recesso o revoca dell'accordo individuale comunicato dal Dirigente al Servizio *Organizzazione e Gestione Risorse umane*.

In caso di trasferimento del dipendente ad altro servizio l'accordo individuale cessa di avere efficacia dalla data di effettivo trasferimento del lavoratore.

Prescrizioni disciplinari- procedimento disciplinare e sanzioni

Durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il lavoratore deve tenere un comportamento improntato a principi di correttezza e buona fede ed è tenuto al rispetto delle disposizioni dei CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento e nel Codice disciplinare e nella vigente normativa in materia disciplinare.

Regole di comportamento riservatezza dati custodia della documentazione

Il dipendente svolge le attività in modalità agile nella consapevolezza che tale condizione impone un'attenzione particolare nell'evitare qualunque atteggiamento o comportamento non adeguato alla situazione lavorativa, soprattutto se esposta a possibili interferenze da parte di terze persone, ivi compresi i familiari.

Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione utilizzata, i dati, a porre ogni cura affinché altre persone non accedano ai dati su cui lavora; bloccare l'apparato in uso in caso di allontanamento dalla postazione, conservare e custodire/distruggere i documenti sui quali ha lavorato. Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, il lavoratore tenuto al pieno rispetto degli obblighi di riservatezza.

Trattamento dei dati personali – Privacy

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte, in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016– GDPR e dal D.lgs. 196/03 e successive modifiche. Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

Sicurezza sul lavoro

L'Amministrazione garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in modalità agile e consegna al singolo dipendente, un'informativa scritta con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

L'Amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa della mancata diligenza del lavoratore nella scelta di un luogo non compatibile con quanto indicato nell'informativa. Ogni lavoratore collabora proficuamente e diligentemente con l'Amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

Il Dirigente del Servizio di appartenenza del dipendente vigila sul rispetto da parte dello stesso delle prescrizioni contenute nella scheda informativa sulla Sicurezza fornita dall'Amministrazione. L'Amministrazione comunica all'INAIL i nominativi dei lavoratori che si avvalgono di modalità di lavoro agile. Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D.lgs. n. 81/08 e s.i.m. e della legge 22 maggio 2017, n. 81 meglio esplicitate nell'informativa aziendale precitata.

L'Amministrazione, al fine di garantire la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in lavoro agile, fornisce al lavoratore e al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, un'informativa scritta, redatta dal Responsabile per la prevenzione e la protezione, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro: al momento della sottoscrizione dell'accordo individuale con il proprio Dirigente di riferimento, il dipendente dà atto di aver preso visione della menzionata informativa.

Il lavoratore agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017 il lavoratore tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il dipendente deve darne tempestiva comunicazione al proprio Dirigente di riferimento per i conseguenti adempimenti di legge, secondo le disposizioni vigenti in materia.

7.2.5 Comunicazione obbligatoria dell'accordo individuale al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali

L'art. 23 della legge n. 81/2017 stabilisce che l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue modificazioni sia oggetto delle comunicazioni di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 1º ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, e successive modificazioni.

A tal riguardo è stato emanato il decreto ministeriale n. 149 del 22 agosto 2022 concernente l'assolvimento dei medesimi obblighi di comunicazione delle informazioni relative all'accordo di lavoro agile di cui all'art. 23 citato della legge n. 81/2017. All'uopo, il datore di lavoro è tenuto a comunicare in via telematica al Ministero del lavoro e delle politiche sociali i nominativi dei lavoratori e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro agile, secondo le modalità individuate con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

7.2.6 Stato di Attuazione

Il Legislatore ha definito il Lavoro agile come una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa finalizzata a "incrementare la competitività" e ad "agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro" che si realizza mediante "accordo tra le parti" con il quale - datore di lavoro e lavoratore - regolano la possibilità di eseguire la prestazione "anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, senza precisi vincoli di

orario o di luogo di lavoro". Il citato negozio giuridico deve prevedere il lavoro venga organizzato per "obiettivi".

A tale scopo questa l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ha avviato un percorso volto all'attivazione del lavoro agile e alla sua valorizzazione, attraverso l'emanazione di atti e provvedimenti interni all'azienda richiamati nel paragrafo precedente.

Fermi restando l'impossibilità di poter autorizzare il lavoro agile per il lavoratore subordinato che opera fra turni o *quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, ovvero legati ad eventuali specifiche motivazioni, sono state accolte le richieste pervenute dal personale dipendente, provvedendo ad ottemperare alle disposizioni previste dalla normativa di riferimento.*

A titolo informativo si evidenzia che l'Unità Operativa Complessa Edilizia Ospedaliera e P.P. Investimento ha autorizzato – nell'anno 2022 - il lavoro agile al proprio personale dipendente dirigenziale e di comparto nella misura pari al 33% di quello complessivamente assegnato alla predetta Struttura.

All'uopo, è stato possibile verificare che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non ha modificato in alcun modo la situazione giuridica del rapporto di lavoro, quanto ad inquadramento e al profilo, e non ha inciso sull'orario di lavoro contrattualmente previsto e tantomeno ha modificato il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro. L'attuazione del lavoro agile all'interno dell'ASL di Caserta, ha risposto alla finalità di permettere al personale dipendente di avvalersi di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione professionale conciliando la vita lavorativa e la vita privata consentendo di migliorare il loro benessere organizzativo, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Inoltre, il lavoro agile sta progressivamente modificando gli stili di vita manageriali orientati a una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati.

Infine, sono state potenziate le procedure servizio di rete volte ad aumentare la sicurezza informatica in relazione al traffico internet e a proteggere l'identità online del personale che lo utilizza (es. VPN).

7.2.7 Attività da realizzare

Al fine di meglio efficientare l'organizzazione del lavoro agile, in proiezione ciascuna Struttura aziendale dovrà avviare **una mappatura delle attività** che possono essere svolte in Smart Working: essa è intesa come la ricognizione svolta in modo strutturato all'interno dell'organizzazione (attraverso lo strumento del Piano operativo delle Attività riferito a ciascuna articolazione organizzativa), con aggiornamento periodico, dei processi di lavoro che possono essere svolti con modalità agile, in coerenza con le esigenze di funzionalità della struttura e di erogazione dei servizi, nonché in base alla disponibilità dei dispositivi tecnologici ritenuti necessari.

La stessa dovrà contenere: la struttura proponente, le macro attività da svolgere in remoto, il numero di dipendenti afferenti al servizio e le posizioni di Smart working attivabili.

All'uopo, l'Azienda intende procedere, in questo triennio, ad effettuare un'analisi preliminare volta a individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro e rilevare gli eventuali fattori che potrebbero favorirne il successo, con riferimento alla cultura organizzativa, valorizzazione professionale e tecnologie digitale.

Cultura organizzativa

L'implementazione del lavoro agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della Performance.

Il processo di valutazione delle performance individuali ha lo scopo di coinvolgere le persone nelle strategie e negli obiettivi dell'amministrazione, esplicitando il contributo richiesto ad ognuno per il raggiungimento di tali obiettivi.

La verifica del lavoro svolto attraverso la modalità di lavoro agile, alla stregua del lavoro in presenza, è a carico del Responsabile di Servizio che esercita il potere di controllo sulla prestazione concordata con il/la dipendente in Smart Working.

Il Responsabile valuta che l'andamento dell'attività svolta sia congruo e coerente con quanto previsto dallo stesso progetto nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della L. 300/1970 e s.m.i.

Le finalità che l'Azienda persegue attraverso il sistema di valutazione delle performance individuali sono:

- Evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'amministrazione nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- Chiarire e comunicare che cosa ci si attende - in termini di risultati e comportamenti - dalla singola

persona;

- Supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'amministrazione);
- Valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona, favorendo l'allineamento;
- Contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole; o premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti; o promuovere una corretta gestione delle risorse umane

A titolo esemplificativo, si riporta di seguito la valutazione delle dimensioni legate ai livelli di performance, da tenere in considerazione per una valida e affidabile misurazione. La baseline è da costruire nel 2024.

Tab.121 Esempio valutazione livelli di performance

<i>Dimensioni</i>		<i>Esempi di possibili INDICATORI di performance organizzativa</i>
EFFICIENZA	Produttiva	Diminuzione Assenze [(Giorni di assenza/giorni lavorabili anno X - Giorni di assenza/giorni lavorabili anno X-1) /Giorni di assenza/giorni lavorabili mese anno X-1] *100
	Economica	Diminuzione ore in straordinario (n. ore in straordinario retribuite anno X - n. Ore straordinarie retribuite anno x-1/n. Ore straordinarie retribuite anno x-1) *100, costo ticket
EFFICACIA	Qualitativa	L'efficacia qualitativa nelle fasi di sviluppo intermedio e avanzato del POLA, sarà rilevata indicando il valore medio delle valutazioni annuali del contributo individuale effettuata sui lavoratori agili.

Valorizzazione Professionale – potenziamento della formazione

L'Azienda riconosce l'importanza della formazione come leva di sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti e promuove percorsi formativi volti a potenziare le competenze manageriali e organizzative nonché digitali necessarie anche per lo sviluppo del lavoro agile. In forte connessione con il presente Piano è la predisposizione di un Piano Formativo che tenga delle predette priorità formative.

7.2.8 Tecnologia Digitale

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ha una struttura organizzativa ad hoc che opera anche per facilitare l'utilizzo e l'accesso da remoto per entrare in modalità VPN cifrata sulla rete aziendale e da accedere al proprio PC dell'ufficio. Tale modalità a desktop centralizzato prevede dunque, che l'utente da casa utilizza la propria stazione di lavoro e, attraverso un gateway appositamente costruito accede a questa macchina virtuale in desktop remoto, iniziando così ad operare sulle applicazioni e i dati aziendali.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in Smart working, prevede inoltre che i dipendenti utilizzino gli strumenti digitali più idonei al fine di garantire un corretto svolgimento dell'attività, prevedendo l'uso di computer, programmi per effettuare video-chiamate (Lifesize, Zoom.) e il telefono cellulare sul quale viene deviato il numero di telefono interno aziendale.

In linea generale, l'Azienda promuove l'uso di strumenti e modelli che realizzino i principi di innovazione tramite la digitalizzazione, mettendo a disposizione dei propri dipendenti una serie di corsi di formazione per sviluppare le competenze digitali aderendo anche al Progetto Syllabus Competenze Digitali per la PA del Dipartimento della Funzione Pubblica e avvalendosi dell'offerta formativa, nonché degli strumenti di valutazione dei livelli di competenze ivi presenti.

Al fine di assicurare trasparenza nell'azione amministrativa, l'azienda comunica all'interno con i propri dipendenti attraverso la intranet, navigabile anche da remoto mediante l'accesso VPN descritto in precedenza, e all'esterno con la comunità, attraverso il proprio sito web istituzionale.

Nel corso del 2024-2025 l'Azienda proseguirà nel perseguimento dell'obiettivo di garantire lo sviluppo di competenze e soft skills funzionali al lavoro agile (con riferimento a capacità di auto-organizzazione del lavoro e a cooperazione a distanza tra colleghi) e stili dirigenziali orientati ai risultati.

Sarà ulteriormente analizzato il quadro relativo alle dotazioni tecnologiche.

Sarà attivato un percorso volto a definire gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti con particolare riguardo a:

- Digitalizzazione dei processi;

- Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
- Impatti interni ed esterni del lavoro agile (maggior qualità nei processi interni e soprattutto in quelli offerti all'utenza);
- Qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini (prevedendo forme di partecipazione e valutazione del piano).

7.2.9 Conclusioni

Data la natura innovativa del POLA in merito all'organizzazione del lavoro, esso è soggetto ad un processo di graduale sviluppo ed aggiustamento, che ha avuto inizio all'atto della sua approvazione e che potrà essere portato a compimento progressivamente, compatibilmente con le risorse a disposizione, seguendo l'evoluzione delle indicazioni normative.

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2023-2025, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative ed eventuali evoluzioni delle medesime.

8 Sottosezione di programmazione. Pari opportunità e bilancio di genere

La Costituzione Italiana sancisce il principio di uguaglianza inteso sia dal punto di vista formale, come uguaglianza davanti alla legge, sia sostanziale, come rimozione degli ostacoli che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione dei lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese (art. 3, c. 1 e 2). L'art. 37 della Costituzione tutela in particolare la donna lavoratrice. Nell'attuazione di tale normativa multilivello, il legislatore italiano ha adottato un ampio spettro di misure, tra le quali sono particolarmente rilevanti quelle di seguito illustrate. Nel D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", è stabilito che le pubbliche amministrazioni garantiscono il rispetto del principio di parità e pari opportunità tra uomini e donne, vietando ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta, in base, tra l'altro, al genere, per quanto riguarda l'accesso al lavoro, il trattamento e le condizioni di lavoro, la formazione professionale, le promozioni e la sicurezza sul lavoro (art. 7, c. 1). La L. 28 novembre 2005, n. 246, in materia di "Semplificazione e riassetto normativo", ha previsto la riorganizzazione delle disposizioni vigenti anche in materia di pari opportunità (art. 6), cui si è provveduto con il D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198, il cd. "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", successivamente modificato. Il D.Lgs. n. 198/2006 ha adottato disposizioni in materia di non discriminazione, uguaglianza e promozione delle pari opportunità, tra le quali è basilare la predisposizione, da parte delle pubbliche amministrazioni, di piani di azioni positive "tendenti ad assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" (art. 42 e ss., spec. art. 48). Nella medesima prospettiva, l'art. 21 della L. 4 novembre 2010, n. 183, c.d. Collegato lavoro, ha modificato l'art. 57 del D.Lgs. n. 165, istituendo il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Su questa base, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità hanno adottato le Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei CUG (Direttiva del 4 marzo 2011), adattabili alle esigenze delle diverse amministrazioni nell'esercizio della loro autonomia. Più recentemente la Direttiva n. 2/2019 contenente "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" ha aggiornato gli indirizzi contenuti nella citata Direttiva del 4 marzo 2011. Nello stesso senso, si inserisce l'adozione del Bilancio di Genere quale strumento atto a consentire un'analisi degli impatti delle spese e delle politiche pubbliche sulle donne e sugli uomini, in linea con quanto previsto dalle direttive del Dipartimento per le Pari Opportunità e dal D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Nella sezione dedicata al bilancio di genere realizzato, come previsto dall'art. 10, comma 1, lettera b), del decreto si è tenuto conto di quanto indicato nella delibera n. 22/2011 e si elencano gli obiettivi dell'amministrazione in tema di **pari opportunità di genere**. L'amministrazione si impegna ad intraprendere ogni azione necessaria tesa al divieto di discriminazione (motivi sindacali, politici, religiosi, razza-etnia, di lingua, di genere, di disabilità, di età, di orientamento sessuale, di convinzioni personali).

L'analisi di genere del bilancio permette di valutare in modo preciso la corrispondenza fra domanda dei servizi da parte della popolazione e qualità e quantità dei servizi erogati. La maggior trasparenza del bilancio dell'ente pubblico rende le cittadine e i cittadini più consapevoli di come vengono impiegate le risorse economiche comuni, a beneficio della collettività.

Il bilancio di genere, come si evince dall'analisi effettuata, è un approccio relativamente nuovo, usato per far sì che le politiche finanziarie ed economiche promuovano le pari opportunità. Si ritiene che una presentazione ulteriore ed una evidenziazione delle spese direttamente influenti sulle donne, e sugli uomini, sia uno strumento per allertare e mettere in luce i bisogni e gli interessi di entrambi.

L'analisi del bilancio di genere deve produrre risultati di equità e facilitare l'efficienza e la giustizia della distribuzione delle risorse pubbliche, inoltre deve evidenziare un'equa redistribuzione della tassazione diretta ed indiretta.

8.1 Finalità del bilancio di genere

Finalità del bilancio di genere:

- **Trasparenza.** Nel quadro di un bilancio, la lettura di genere consente di evidenziare le aree di intervento maggiormente interessate dalle disparità e i loro margini di discrezionalità;
- **Equità.** Evidenzia la non neutralità delle decisioni che si assumono in sede di bilancio e assicura che la parità rappresenti un obiettivo politico e strategico e anche un indicatore della politica economica;
- **Consapevolezza.** La lettura di genere del bilancio aumenta nelle Amministrazioni la coscienza degli impatti del loro operato e consente anche alla cittadinanza di valutare l'operato dell'Ente anche su questo piano;
- **Efficienza.** Le differenze di genere, se non considerate, conducono a sempre più rilevanti perdite nell'efficienza economica, il Bilancio di genere è lo strumento che può garantire un impiego più razionale delle risorse.

8.2 Dimensione delle pari opportunità

Le donne nella Sanità

In Italia le pari opportunità sono ancora un miraggio, infatti nel cammino verso la parità tra uomo e donna, si posiziona al 76° posto nel mondo su 153 paesi e al 14° posto nella U.E.

Basandosi sui tre ambiti (istruzione, empowerment e situazione economica), l'indice ha evidenziato che oltre la metà delle donne del mondo vive in Paesi, che negli ultimi anni non hanno registrato alcun progresso nella parità di genere.

Tab.122: Le donne nell'Asl Caserta

Descrizione	31/12/2022	Maschi/Femmine	31/12/2023	Maschi/Femmine
Dipendenti Maschi	2.479	47,94 %	2.343	47,51 %
Dipendenti Femmine	2.692	52,06 %	2.589	52,49 %
Totale	5.171	100,00 %	4.932	100,00 %

Dipendenti ASL al 31.12.2022 (totale 5.171) al 31/12/2023 (4.932)

Immodificata la percentuale rispetto al 2022 con discreta prevalenza delle donne (52,49%).

Tab.123: Le donne nell'Asl Caserta

Descrizione	31/12/2022	Maschi/Femmine	31/12/2023	Maschi/Femmine
Maschi	54	31,95 %	44	30,56 %
Femmine	115	68,05 %	100	69,44 %
Totale	169	100,00 %	154	100,00 %

Collaboratori/contrattisti

Nel 2022 e nel 2023 si conferma la netta prevalenza delle donne tra i collaboratori (69,44% le donne). In merito alle proporzioni tra dirigenti si registra una significativa variazione a vantaggio delle donne che passano dal 38,92% al 46,32% nel 2023.

Tab.124: Le donne nell'Asl Caserta

Descriz.	31/12/2020	Maschi/Femmine	31/12/2022	Maschi/Femmine	31/12/2023	Maschi/Femmine
Dirigenti Maschi	766	61,08 %	803	53,97 %	763	52,37 %
Dirigenti Femmine	488	38,92 %	685	46,03 %	694	47,63 %
Totale	1.254	100,00 %	1.230	100,00 %	1.466	100,00 %

Tab. Dirigenti ASL al 31.12.2020, al 31.12.2022, al 31.12.2023

Forte prevalenza del sesso maschile tra le strutture complesse (78,69) rispetto al 21,31 % delle donne. Invece, significativa prevalenza del sesso femminile (53,75%) tra le posizioni organizzative con una significativa inversione rispetto al 2020.

Tab.125: Le donne nell'Asl Caserta

Descrizione	31/12/2020		Maschi/Femmine	31/12/2022	Maschi/Femmine	31/12/2023
Maschi	63		61,08 %	37	46,25 %	37
Femmine	65		38,92 %	43	53,75 %	43
Totale	128		100,00 %	80	100,00 %	80

Tab. Posizioni organizzative al 31.12.2020, al 31.12.2022, al 31.12.2023

Tab.126: Le donne nell'Asl Caserta

MMG 2022		
M	354	70,10%
F	151	29,90%
	505	
PLS 2022		
M	50	47,17%
F	56	52,83%
	106	

MMG 2023		
M	395	67,18%
F	193	32,82%
	588	
PLS 2023		
M	53	43,44%
F	69	56,56%
	122	

Il maggior numero di iscrizioni femminili all'ordine dei medici e la presidenza femminile fanno prevedere per un futuro riequilibrio, oltre a sottolineare l'emergere del sesso femminile nel governo della medicina generale.

Come si evince dalla tabella, la percentuale di donne tra i Medici di Medicina Generale nel 2022 è pari al 29,90%, mentre nel 2023 la percentuale delle donne è pari al 32,82 incrementandosi 3 punti percentuali, la percentuale di donne tra i Pediatri di libera scelta nel 2022 è pari al 52,83%, mentre nel 2023 la percentuale delle donne è pari al 56,56 incrementandosi di quasi 4 punti percentuali

Tab.127: Spesa erogata per utenti di sesso femminile vs utenti di sesso maschile

TIPO	COSTI PREST F	% SU TOT	COSTI PREST M	% F SU TOT	% M SU TOT
DIABETE	€ 3.452.987,64	1,33%	€ 3.341.275,67	50,82%	49,18%
CELIACHIA	€ 2.279.560,69	0,88%	€ 1.136.244,77	66,74%	33,26%
PANNOLONI	€ 2.449.981,45	0,94%	€ 900.847,82	73,12%	26,88%
STOMIE	€ 721.914,87	0,28%	€ 1.164.749,65	38,26%	61,74%
OLT	€ 1.177.867,10	0,45%	€ 1.465.586,78	44,56%	55,44%
NEFRO	€ 239.342,40	0,09%	€ 317.393,35	42,99%	57,01%
EPATITE C	€ 79.568,87	0,03%	€ 102.734,62	43,65%	56,35%
RIAB EX26	€ 14.733.717,58	5,66%	€ 25.434.788,11	36,68%	63,32%
RSA DISABILI	€ 2.552.567,37	0,98%	€ 3.287.095,80	43,71%	56,29%
TOSSICO.	€ 71.844,00	0,03%	€ 1.736.182,61	3,97%	96,03%
RSA ANZIANI	€ 2.202.117,31	0,85%	€ 1.590.301,94	58,07%	41,93%
FARMACEUTICA CONV	€ 65.882.657,25	25,31%	€ 57.483.619,17	53,40%	46,60%
FARMACEUTICA DPC	€ 49.787.080,49	19,13%	€ 53.173.955,38	48,36%	51,64%
FARMACEUTICA INT.	€ 43.961.167,65	16,89%	€ 51.841.698,27	45,89%	54,11%
FILA A	€ 29.385.332,41	11,29%	€ 30.982.747,57	48,68%	51,32%
FILE C	€ 41.320.493,98	15,87%	€ 37.337.803,59	52,53%	47,47%
	€ 260.298.201,06		€ 271.297.025,08	48,97%	51,03%

8.3 Violenza di genere

Come sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità la violenza contro le donne è un grave problema di salute pubblica, di dimensione globale, che incide direttamente sul benessere fisico e psichico delle donne e indirettamente sul benessere sociale e culturale di tutta la popolazione, determinando, dunque, un costo sociale che il sistema deve sostenere.

Per approfondire la conoscenza del fenomeno della violenza di genere è utile partire da alcuni dati relativi al numero di accessi presso il pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'ASL di Caserta nel periodo 2019-2023 (tenere in considerazione che alcuni P.O. sono stati convertiti in ospedali Covid).

Tab.128: Numero di Accessi Pronto soccorso per violenza anni 2019-2023

Numero di Accessi Pronto soccorso per violenza anni 2019-2023

Presidi Ospedalieri	2019	2020	2021	2022	2023
P.O. S. G. Moscati Aversa	853	816	810	901	822
P.O. Marcianise	302	281	402	453	519
P.O. Maddaloni	323	55	PS non attivo	PS non attivo	PS non attivo
P.O. Piedimonte Matese	222	141	175	141	154
P.O. Santa Maria C. V.	395	247	90	16	PS non attivo
P.O. S. Rocco Sessa Aurunca	179	162	190	213	175
Totale complessivo	2274	1702	1667	1724	1670

Nel periodo precedente l'emergenza si è registrato un numero crescente di accessi al Pronto Soccorso di donne con diagnosi di violenza. L'incidenza di tali accessi è cresciuta. L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha avuto un forte impatto sull'accessibilità dei servizi ospedalieri, anche quelli di emergenza-urgenza. Gli accessi totali di donne al Pronto Soccorso sono diminuiti. La diminuzione è stata più contenuta per gli accessi di donne con diagnosi di violenza. Nel periodo successivo l'emergenza sanitari Covid 19, nell'anno 2023 si riscontra una disomogeneità territoriale, in quanto nel complesso gli accessi totali sono diminuiti di n.54 (da 1724 a 1670) ma territorialmente Marcianise riporta un incremento di n. 66, Piedimonte Matese di n. 7 mentre nel territorio Aversano e di Sessa Aurunca gli accessi diminuiscono rispettivamente di n. 72 e n. 38.

L'ASL di Caserta si impegna a mettere in atto iniziative e azioni per promuovere e diffondere la salute e la medicina di genere, in linea con le indicazioni nazionali e internazionali, partecipando a tavoli istituzionali - sia regionali che nazionali - nell'ambito dei percorsi clinici, della ricerca, della formazione e dell'aggiornamento degli operatori sanitari e nella promozione di campagne di comunicazione e informazione rivolte al cittadino per diffondere informazioni sulla salute di genere, come previsto anche nel Piano nazionale Medicina di genere. Si prevede un intervento mirato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere;
- Garantire alla vittima che accede al Pronto Soccorso e alle unità operative della struttura ospedaliera un percorso di accoglienza protetta che riduca il disagio psico-fisico;
- Aumentare le competenze sul tema, attraverso specifici percorsi formativi per il personale sanitario medico e non medico;
- Garantire un progetto di continuità assistenziale e di sostegno, con l'offerta di follow-up medico e di un intervento psico-sociale e legale, in stretta integrazione ospedale-territorio

Iniziative per la difesa della donna dalle violenze

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta è un ente pubblico volto alla tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo, nell'interesse della collettività. Le attività e gli interventi che il Servizio

Sanitario Nazionale svolge a favore delle famiglie in difficoltà, delle donne e dei bambini in condizioni di disagio e di rischio sono regolamentate da numerose normative nazionali e regionali; specificamente dal P.O.M.I. (Progetto Obiettivo Materno Infantile) e dal DPCM del 23.04.2008 che ridefinisce i servizi e le prestazioni sanitarie offerte dal SSN ai cittadini (LEA). **Il P.O.M.I. in merito alla salute della donna in tutte le fasi della vita stabilisce gli obiettivi al fine di prevenire gli episodi di violenza contro la donna e migliorare l'assistenza alle donne che hanno subito violenza**, focalizzando le azioni sulla formazione del personale dei Pronto Soccorso, sull' offerta attiva di assistenza e sul favorire l'emersione del fenomeno della violenza.

Il Centro Anti-Violenza (CAV) TELEFONO ROSA – RECAPITO DONNA, accreditato con l'ambito sociale C1, attivo nell'ASL Caserta dal 1990 con protocollo d'intesa, deliberazione n. 1026 del 21/03/97, è gestito dal 2007 dalla Cooperativa Spazio Donna. Mediamente il CAV accoglie e sostiene nei percorsi di uscita dalla violenza oltre **110 donne ogni anno**.

Il territorio della Provincia di Caserta di pertinenza dell'ASL Caserta è sensibile al fenomeno della violenza. Tra i servizi specifici rivolti alle donne vittime di maltrattamento oltre il CAV Telefono rosa-Recapito donna, l'ASL Caserta offre al suo interno uno Sportello Anti-Stalking presso il Dipartimento della Salute Mentale di Caserta e il Pronto Soccorso Rosa presso il Presidio Ospedaliero "San Rocco" di Sessa Aurunca (Avviso pubblico per il finanziamento di progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking -Gazzetta Ufficiale n. 137 del 21 novembre 2011).

L'ASL Caserta, attualmente, attraverso il progetto LINEA EFFE (Dipartimento delle Pari Opportunità) sta rafforzando la rete dei Servizi per le donne in particolare i Servizi contro la violenza di genere offrendo una risposta sanitaria concreta al fenomeno della violenza.

Il rafforzamento della rete dei Servizi già esistenti di tutela delle donne vittime di violenza prevede la realizzazione di équipe e tavoli tecnici di lavoro composti dai rappresentanti degli Enti Locali che a diverso titolo entrano in relazione con le vittime. Oggetto degli incontri è lo scambio e la definizione di buone pratiche sulle procedure più efficaci per prevenire ed individuare la violenza, riconoscere la differenza di genere, garantire la tutela dei diritti delle vittime di maltrattamento fisico o psicologico. Gli incontri sono a cadenza bimestrale e sono condotti da un'équipe fissa composta dai rappresentanti dei soggetti del raggruppamento di LINEA EFFE e dalle varie categorie professionali che di volta in volta sono invitate a partecipare (Operatori sanitari, Operatori Medici e Pediatri, Operatori delle FF.OO., Operatori Sociali) ovvero le categorie delle professioni che agiscono nell'ambito della tutela delle donne con particolare riferimento ai professionisti della Medicina d'urgenza che si trovano a svolgere il proprio operato all'interno dei Pronto Soccorso Ospedalieri. Tale metodologia consente la mutua-formazione sulle strategie di prevenzione della violenza psicologica, fisica, sessuale tra i soggetti partner e le professionalità che entrano in contatto con la violenza di genere e lo stalking. L'idea è realizzare un percorso formativo a cascata che permetta a tutti i partecipanti di divulgare a loro volta le informazioni acquisite nell'ambito del proprio gruppo di appartenenza, con il supporto di figure professionali appartenenti alle diverse realtà che aderiscono al progetto.

Le attività sensibilizzazione, informazione, divulgazione e comunicazione di LINEA EFFE mirate alla prevenzione del fenomeno della violenza, sono rivolte a tutto il territorio della Provincia di Caserta in cui insistono i Distretti Sanitari dell'ASL Caserta all'interno dei quali si distribuiscono brochure, volantini, locandine informative sulla presentazione dei diversi Servizi, sugli orari di apertura degli stessi e sul numero telefonico (0823 354126) per le donne vittime di qualsiasi tipo di violenza, attivo 24H. L'introduzione di quest'ultimo nel numero di pubblica utilità 1522, permette una diffusione a livello nazionale e regionale delle attività di sostegno, consulenza e cura per le donne.

La promozione delle pari opportunità è una delle innovazioni cardine della riforma del pubblico impiego prevista dal D.Lgs. Del 27 ottobre 2009, n. 150.

Il richiamo alle pari opportunità, se da una parte è inteso quale tutela della donna nel binomio famiglia-lavoro, dall'altro invece è finalizzato a rendere i sistemi organizzativi delle pubbliche amministrazioni maggiormente efficienti e funzionali. Infatti, un ambiente di lavoro dove è bandita ogni forma di discriminazione, per il dipendente, è garanzia di trasparenza, del merito, di equità, di uguaglianza e di opportunità di continua crescita professionale. L'Italia, in adesione alle nuove politiche di coordinamento economico dell'Unione europea, in via sperimentale, ha introdotto il bilancio di genere per la valutazione dell'impatto della politica di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di attività lavorativa.

Il bilancio di genere è quindi, considerato dai più un elemento di trasparenza del bilancio della P.A. e il risultato dell'analisi specifica dei costi e delle entrate diventa per l'organo politico e di governo lo strumento per individuare e sfruttare opportunità di efficienza ed efficacia in termini di impiego delle risorse, del conseguimento degli obiettivi economici prestabiliti e di erogazione dei servizi.

Nel corso degli ultimi mesi, l'associazione Spazio Donna ha collaborato con il Dipartimento per le Dipendenze aziendale e con le cooperative che cogestiscono i progetti terapeutico-riabilitativi individuali all'interno di centri diurni e strutture residenziali, organizzando incontri di gruppo a partire dalle diverse forme di dipendenza con gli "uomini maltrattanti" (autori della violenza), per riflettere sulle motivazioni psicologiche individuali e sul contesto culturale che favoriscono l'esercizio della violenza di genere.

Il P. O. di Marcanise (dal 2015 ad oggi) ha partecipato al Concorso per l'assegnazione nazionale dei Bollini rosa ed ha elaborato gli Open day dedicando giornate di prevenzione per il genere femminile, ottenendo per tali attività dal Network "Fondazione Onda" n. 3 Tre) riconoscimenti di carattere nazionale in 3 bienni consecutivi, comprovanti la particolare attenzione per il genere femminile esercitata nel Presidio Ospedaliero: n. 3 Bollini Rosa (massimo riconoscimento) per il biennio 2018 - 2019, n. 2 Bollini Rosa per il biennio 2020- 2021 , n. 2 Bollini Rosa per il biennio 2022-2023. Anche il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca ha ottenuto il riconoscimento (n.2 Bollini Rosa per il biennio 2012-2013, 2014-2015, 2020-2021 ecc.

In data 06/12/2022 la Direzione di Presidio Ospedaliero di Marcanise ha adottato con atto formale la procedura presidiale: "Gestione della corretta assistenza alle Pazienti di religione Musulmana in conformità al Documento Analisi descrittiva e informativa sulla salute delle Persone Migranti in ottica di genere- Raccomandazioni per il Personale Sanitario - ISS, 2022".

Si sottolinea che nel corso di lavori di ripristino, riaménagemento ed adeguamento del Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Marcanise, espletati nel corso dell' anno 2018 e 2019, nell'ambito dello stesso è stata predisposta in una zona appartata del P. S. un' apposita area protetta, destinata ed attrezzata per accogliere le donne vittime di violenza ("Stanza dei Codici Rosa"- idonea anche per l' Osservazione Breve Intensiva), realizzata in piena conformità a quanto definito dalle "Linee guida nazionali per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Pubblicata sulla G.U. Serie Generale, n. 24 del 30 gennaio 2018), progettata specificamente per lo svolgimento delle attività assistenziali. L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche repertare il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy. Alle donne vittime di violenza, grazie anche al supporto delle Associazioni e delle reti assistenziali territoriali, vengono offerte opportunità per l'allontanamento dalle situazioni "a rischio" ed opportunità per differenti percorsi di vita e di lavoro che consentano loro di recuperare la propria indipendenza, sicurezza economica e dignità.

Altri Presidi Ospedalieri dell'ASL Caserta (Ospedali di Aversa, Sessa Aurunca, Piedimonte Matese) hanno attivato o stanno attivando il "Percorso Rosa" nell'ambito dei rispettivi pronto soccorso.

In conclusione, sebbene la strada che porta all'uguaglianza sia ancora lunga e difficile, molto si sta facendo in Italia e nell'Asl Caserta, per inserire la dimensione di genere nei processi decisionali pubblici.

9 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale

Gli elementi della sottosezione sono:

Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente;

- Programmazione strategica delle risorse umane;
- Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse;
- Strategia di copertura del fabbisogno;
- Formazione del personale.
- Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente;

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) rappresenta uno dei quattro atti di programmazione delle Aziende Sanitarie, che insieme formano il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

Il piano del fabbisogno è alla base della gestione delle risorse umane finalizzato a coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

La UOC di Gestione delle Risorse Umane ogni anno (D.lgs. 165/2001), di concerto con il vertice strategico, è tenuto alla programmazione triennale del fabbisogno di personale, comprensivo delle unità che andranno in quiescenza nello stesso anno. Il piano stesso rappresenta la programmazione della dotazione organica che l'ASL necessiterà nei prossimi tre anni (piano assunzioni, quiescenza, etc.).

Il concetto stesso di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- *Quantitativo*: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla Mission dell'azienda, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;
- *Qualitativo*: riferito alla tipologia di unità necessarie per garantire ed assolvere alla Mission Aziendale, è in questo aspetto che la Direzione strategica può decidere se nel triennio successivo si ritiene una particolare attività di rilievo e quindi programmare una maggiore assunzione di determinate professionalità.

Da non sottovalutare è il concetto di pianta organica, e cioè, la distruzione delle Unità Operative sull'intero territorio Provinciale e la tipologia delle stesse, per individuare il numero minimo di personale per garantire i LEA.

Ai fini della definizione dei criteri di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie, i modelli normativi di riferimento sono stati:

- art. 2 comma 71 L. 191 del 23/12/2009 e s.m.i. (tetto di spesa del personale pari a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento);
- 30 ottobre 2014, n. 161, in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero;
- Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- DCA n. 67/2016, avente ad oggetto "Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania";
- Metodo ministeriale per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero del 13/12/2017;
- Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 08 Maggio 2018, avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche";

- Delibera di Giunta Regionale n. 378 del 23/07/2020 “Adozione del Piano di Riorganizzazione/Potenziamento delle attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania.”;
- I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali:
 - L’organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
 - La produzione: l’attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
 - Il tempo di lavoro con rispetto all’orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete. In primis è necessario procedere alla definizione del cosiddetto “fabbisogno minimo”, ovvero la dotazione di personale che garantisce la possibilità di “rendere disponibile” il servizio. Il concetto di “fabbisogno minimo” è definito avendo a riferimento un reparto “completo”, nel quale si svolgano attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

Viceversa, stante il fatto che l’applicazione di tale metodologia permette di addivenire alla determinazione di un valore minimo di riferimento, esso non sempre risulterà sufficiente per individuare il fabbisogno delle strutture prese in considerazione. In alcuni casi diventa necessario considerare l’attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell’ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell’esercizio precedente, ovvero stimati. La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all’attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l’offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla Mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione. Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua.

Le aree omogenee individuate sono le seguenti:

Tab.129: Aree omogenee individuate

<i>ID Area</i>	<i>Descrizione Area</i>
1	Medicina Interna
2	Chirurgia
3	Ostetricia e Ginecologia
4	Critica
5	Sub-Intensiva
6	Pediatria
7	Salute mentale
8	Riabilitativa

Occorre poi considerare il Personale da destinare all’assistenza distrettuale e alla prevenzione, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall’area ospedaliera a quella territoriale per la realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio. Si sottolinea, inoltre, che nell’ambito delle attività territoriali e del fabbisogno di personale, l’Azienda deve tener in debito conto l’apporto delle unità di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato. Si specifica inoltre, che occorrerà valutare anche l’eventuale esternalizzazione di servizi aziendali in presenza dei quali, il parametro di

riferimento della relativa figura professionale dovrà essere rimodulato in riduzione. La ricognizione dei servizi sanitari assistenziali esternalizzati avviene sulla base dei modelli ministeriali registrati su piattaforma NSIS: nello specifico si farà riferimento ai modelli STS e RIA.

9.1 Variazione dell'organico in funzione dello stato di avanzamento delle procedure

Tenendo in considerazione le norme e gli indirizzi noti, oltre che le criticità derivanti dalla gestione dell'emergenza da Covid-19, anche in termini di espletamento di procedure concorsuali, l'ASL Caserta ha già avviato, (ed in alcuni casi concluso) in attuazione del Piano 2021-2023 (autorizzato), le seguenti iniziative in tema di reclutamento di personale a tempo indeterminato:

Tab.130: Concorsi dirigenza medica e veterinaria

Tab. : Concorsi selezione direttori UU.OO.CC.

SELEZIONE DIRETTORI UU.OO.CC		
ID	TITOLO	STATO
146	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore UOC "Coordinamento Cure Domiciliari – ADI DD.SS. 12 e 13" (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 09/11/2023)	Attivo
145	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore UOC "Coordinamento Riabilitazione Territoriale – Assistenza Riabilitativa DD.SS. 12 e 13" (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 09/11/2023)	Attivo
144	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore UOC "Coordinamento Materno Infantile Territoriale, Consultorio/Assistenza Vaccinale DD.SS. 12 e 13" (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 09/11/2023)	Attivo
143	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore UOC Medicina Interna Presidio Ospedaliero Maddaloni (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 24/07/2023)	Attivo
142	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore UOC Medicina Interna Presidio Ospedaliero Piedimonte Matese (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 24/07/2023)	Attivo
141	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore UOC Medicina Interna Presidio Ospedaliero Sessa Aurunca (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 24/07/2023)	Attivo
140	Bando di Avviso Interno, per titoli e colloquio, per il conferimento di Incarichi di Direttore di Distretto Sanitario, per i Distretti Sanitari n. 12, 13, 14, 15, 16, 17/19, 18, 20, 21, 22, 23 (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 10/07/2023)	Attivo
139	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero per il presidio ospedaliero di Santa Maria Capua Vetere (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 06/07/2023)	Attivo
138	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero per il presidio ospedaliero di Piedimonte Matese (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 06/07/2023)	Attivo
137	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero per il presidio ospedaliero di Maddaloni (scadenza presentazione istanza di partecipazione: 06/07/2023)	Attivo
136	Bando di selezione interna per il conferimento dell'incarico di sostituzione del Direttore U.O.C. Medicina Interna del P.O. di Maddaloni	Chiuso
135	Bando di selezione interna per il conferimento dell'incarico di sostituzione del Direttore U.O.C. Pediatria del P.O. di Mariglianise	Attivo
134	Bando di selezione interna per il conferimento degli incarichi di sostituzione dei Direttori UU.OO.CC. Medicina Interna e Ginecologia ed Ostetricia del P.O. di Sessa Aurunca	Chiuso
133	Indizione selezione interna per il conferimento degli incarichi di sostituzione dei Direttori UU.OO.CC. Medicina Interna e Cardiologia del P.O. di Piedimonte Matese, ex art. 22 C.C.N.L. dell'Area Sanità, triennio 2016-2018	Chiuso
132	Indizione selezione interna per il conferimento degli incarichi di sostituzione dei Direttori UU.OO.CC. Medicina Interna e Farmacia del P.O. di Santa Maria Capua Vetere, ex art. 22 C.C.N.L. dell'Area Sanità, triennio 2016-2018	Chiuso
131	Indizione selezione interna per il conferimento dell'incarico di sostituzione del Direttore U.O.C. Farmacia del P.O. Aversa, ex art. 22 C.C.N.L. dell'Area Sanità, triennio 2016-2018	Chiuso
130	Bando di avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di Direttore UOC Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso

129	Indizione avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore Uoc chirurgia generale, presso i presidi ospedalieri di Aversa e di Marcianise	Revocato
128	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione del Direttore U.O.C. Chirurgia Generale per il P.O. di Aversa	Concluso
127	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennali di Direzione di UU.OO.SS. e di U.O.S.D. del Dipartimento di Prevenzione	Revocato
126	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina Ginecologia e Ostetricia del Po di Aversa (Scadenza 14/07/2022)	Concluso
125	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina Ginecologia e Ostetricia del Po di Marcianise	Concluso
124	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione del Direttore U.O.C. Chirurgia Generale per il P.O. di Marcianise	Concluso
123	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione del Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia per i PP.OO. di Aversa e Marcianise	Concluso
122	Bando di avviso interno, per titoli e colloquio, per la formulazione di un elenco di candidati idonei a ricoprire l'incarico di Direttore dei Distretti Sanitari n.ri 13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23 (Scadenza 30/08/2021)	Concluso
121	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttori di Varie UU.OO.CC. di P.O.	Concluso
120	Avviso Pubblico Per Il Conferimento Di Incarico Quinquennale Di Direttore Distruttura Complessa, Disciplina Di Psichiatria, Per La Uosm Distretti Sanitari 17 E 18	Concluso
119	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Anatomia ed Istologia Patologica del Po Aversa	Concluso
118	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Ematologia del Po Aversa	Concluso
117	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Coordinamento attività territoriali Materno Infantile e UOMI 12,13 e 16	Concluso
116	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Anestesia e terapia Intensiva del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
115	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Anestesia e terapia Intensiva del Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese	Concluso
114	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Concluso
113	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Pediatria del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Concluso
112	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Concluso
111	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore di Struttura Complessa per le varie UU.OO.CC. del Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl di Caserta	Concluso
110	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva del Presidio Ospedaliero di Maddaloni	Concluso
109	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di Direttore di U.O.C. Farmacia Ospedali Marcianise – Maddaloni – S. Felice a Cancelli e Distretti 12 – 13 – 16 – CASERTA	Concluso
108	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di direttore di U.O.C. U.O.S.M. di Aversa DS 17 – 18	Concluso
107	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di direzione medica di presidio ospedaliero, per il presidio ospedaliero di Aversa (Scadenza 24/02/2020)	Concluso
106	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di direzione medica di presidio ospedaliero, per il presidio ospedaliero di Marcianise (Scadenza 24/02/2020)	Concluso
105	Bando di avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di direzione medica di presidio ospedaliero, per il presidio ospedaliero di Sessa Aurunca (Scadenza 24/02/2020)	Concluso
104	Bando di selezione interna per il conferimento di incarico di sostituzione di Direttore di U.O.C. Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di origine animale – Area B del Dipartimento di prevenzione	Concluso
103	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di Direttore di U.O.C. Servizio Controllo delle Prestazioni in Accreditamento	Concluso
102	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di Direttore di U.O.C. Servizio Relazioni con il Pubblico	Concluso
101	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di Direttore di U.O.C. Servizio Formazione	Concluso
100	Bando di avviso interno per titoli e colloquio, per la formulazione di un elenco di candidati idonei a ricoprire l'incarico di Direttore di Distretto Sanitario (Scadenza 31/10/2019)	Concluso

99	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Radiodiagnostica del Presidio Ospedaliero di Maddaloni	Concluso
98	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Radiodiagnostica del Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
97	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Patologia Clinica del Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese	Concluso
96	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Patologia Clinica del Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
95	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Geriatria del Presidio Ospedaliero di San Felice a Cancelli	Attivo
94	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Ematologia del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
93	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Anatomia Patologica afferente al Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
92	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Anestesia e Rianimazione e T.I. del Presidio Ospedaliero di Maddaloni	Concluso
91	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Anestesia e Rianimazione e T.I. del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Concluso
90	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Anestesia e Rianimazione e T.I. del Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese	Concluso
89	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Anestesia e Rianimazione e T.I. del Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
88	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Aversa	Annullato
87	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Annullato
86	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Anestesia e Rianimazione e T.I. del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
85	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa, per l'UOC Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Aversa	Annullato
84	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di direttore di U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva del P.O. di Marcianise	Concluso
83	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di direttore di U.O.C. Medicina Generale del P.O. di Maddaloni.	Concluso
82	Avviso pubblico, per titoli e colloquio, riservato a dirigenti avvocati appartenenti ad enti del ssn, per il conferimento di incarico a tempo determinato, durata anni cinque, di direttore dell'uoc affari legali	Concluso
81	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, per l'uoc monitoraggio rischio ambientale e registro tumori del dipartimento di prevenzione (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
80	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, per l'uoc servizio epidemiologia e prevenzione del dipartimento di prevenzione (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
79	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze – Ser D. Caserta (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
78	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze – Ser D. Marcianise (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
77	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze – Ser D. Piedimonte Matese (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
76	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, nell'ambito del dipartimento dipendenze – Dipendenze Comportamentali (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
75	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali, a dirigenti veterinari, di direttore di struttura complessa – Sanità Animale (Area "A") (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
74	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali, a dirigenti veterinari, di direttore di struttura complessa – Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale Area B (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
73	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali, a dirigenti veterinari, di direttore di struttura complessa – Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area "C") (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
72	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di psichiatria – UOSM Caserta D.S. 12 (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
71	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di psichiatria – UOSM Marcianise D.S. 13, 16 (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
70	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di psichiatria – UOSM Sessa Aurunca D.S. 14 (Scadenza 06/05/2019)	Concluso

69	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di psichiatria – UOSM Capua D.S. 21, 22 (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
68	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di psichiatria – UOSM Piedimonte Matese D.S. 15 (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
67	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di psichiatria – UOSM Villa di Briano D.S. 18, 19, 20; (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
66	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, disciplina di psichiatria – UOSM Mondragone D.S. 23 (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
65	Avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore di struttura dell'uoc servizio igiene e medicina del lavoro, nell'ambito del dipartimento di prevenzione (Scadenza 06/05/2019)	Concluso
64	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Concluso
63	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
62	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Cardiologia con annessa UTIC del Presidio Ospedaliero di S. Maria C.V.	Concluso
61	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Anestesia e Terapia intensiva del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Concluso
60	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Pediatria del Presidio Ospedaliero di Marcianise	Concluso
59	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Anestesia e Terapia intensiva del Presidio Ospedaliero di Maddaloni	Concluso
58	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Anestesia e Terapia intensiva del Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
57	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
56	Selezione interna per conferimento incarico di Sostituzione Direttore U.O.C. Anatomia Patologica del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
55	Selezione interna per conferimento incarico di Sostituzione Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
54	Avviso Interno, per titoli e colloquio, per ricoprire l'incarico di Direttore di Distretto Sanitario	Concluso
53	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di UOC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
52	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di UOC Medicina Trasfusionale del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
51	Avviso pubblico per il conferimento di incarichi quinquennali di UOC Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
50	Avviso selezione interna per conferire l'incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa del Servizio Tecnico-Manutentivo	Concluso
49	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore UOC Salute Mentale Caserta	Concluso
48	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore UOC Salute Mentale Marcianise	Concluso
47	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore UOC Salute Mentale Sessa Aurunca	Concluso
46	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore UOC Salute Mentale Piedimonte Matese	Concluso
45	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore UOC Salute Mentale Mondragone	Concluso
44	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore UOC Salute Mentale Capua	Concluso
43	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore UOC Salute Mentale Villa di Briano	Concluso
42	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione di Direttore U.O.C. Ser.D. di Aversa	Concluso
41	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione del Direttore U.O.C Chirurgia Generale presidio ospedaliero di Aversa	Concluso
40	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione del Direttore U.O.C Ginecologia e Ostetricia presidio ospedaliero di Aversa	Concluso
39	Bando di selezione interna per conferimento incarico di sostituzione del Direttore U.O.C Chirurgia Generale presidio ospedaliero di Marcianise	Concluso
38	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore di U.O.C. Dipartimento di Prevenzione – Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale – Area B.	Concluso

37	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. delle Dipendenze di Caserta	Concluso
36	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Dipartimento di Prevenzione – Servizio Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro	Concluso
35	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore di U.O.C. Qualità e Risk Management	Concluso
34	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. delle Dipendenze di Sessa Aurunca / Teano / Piedimonte Matese	Concluso
33	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. delle Dipendenze di Marcianise	Concluso
32	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Dipartimento di Prevenzione – Servizio Epidemiologia e Prevenzione	Concluso
31	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Dipartimento di Prevenzione – Servizio Igiene e Medicina del Lavoro	Concluso
30	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Dipartimento di Prevenzione – Monitoraggio rischio ambientale e registro tumori	Concluso
29	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Dipartimento di Prevenzione – Servizio Veterinario Sanità Animale – Area A	Concluso
28	Bando selezione interna per conferimento incarico di sostituzione Direttore U.O.C. Dipartimento di Prevenzione – Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche – Area C	Concluso
27	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Ematologia per il Presidio Ospedaliero di Aversa – Delibera 605/17	Concluso
26	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Patologia Clinica per il Presidio Ospedaliero di Aversa – Delibera 605/17	Concluso
25	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Ortopedia e Traumatologia per il Presidio Ospedaliero di Aversa – Delibera 605/17	Concluso
24	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Centro trasfusionale per il Presidio Ospedaliero di Aversa – Delibera 605/17	Concluso
23	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Medicina Generale per il Presidio Ospedaliero di S. Maria C. V. – Delibera 605/17	Concluso
22	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Chirurgia Generale per il Presidio Ospedaliero di S. Maria C. V. - Delibera 605/17	Concluso
21	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Diagnostica ed Immagini per il Presidio Ospedaliero di S. Maria C. V. – Delibera 605/17	Concluso
20	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Anestesia e Rianimazione per il Presidio Ospedaliero di Maddaloni/Marcianise – Delibera 605/17	Concluso
19	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Pneumologia per il Presidio Ospedaliero di Maddaloni/Marcianise – Delibera 605/17	Concluso
18	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Ginecologia per il Presidio Ospedaliero di Maddaloni/Marcianise – Delibera 605/17	Concluso
17	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Cardiologia per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese – Delibera 605/17	Concluso
16	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Chirurgia Generale per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese – Delibera 605/17	Concluso
15	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Medicina Generale per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese – Delibera 605/17	Concluso
14	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Pediatria per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese – Delibera 605/17	Concluso
13	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Anestesia e Rianimazione per il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese- Delibera 605/17	Concluso
12	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Lungodegenza per il Presidio Ospedaliero di S. Felice a Cancelli – Delibera 605/17	Concluso
11	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Recupero e Riabilitazione per il Presidio Ospedaliero di S. Felice a Cancelli – Delibera 605/17	Concluso
10	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Pediatria per il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca – Delibera 605/17	Concluso
9	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Chirurgia Generale per il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca – Delibera 605/17	Concluso
8	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Ginecologia e Ostetricia per il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca – Delibera 605/17	Concluso
7	Bando di selezione per sostituzione incarico di UOC Medicina per il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca – Delibera 605/17	Concluso
6	Bando di avviso pubblico per il conferimento incarico di Direttore UOC Radiologia P.O. Aversa – Delibera 560/14	Concluso

5	Bando di avviso pubblico per il conferimento incarico di Direttore UOC Radiologia P.O. Marcanise – Maddaloni – Delibera 560/14	Concluso
4	Bando di avviso pubblico per il conferimento incarico di Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia P.O. Aversa – Delibera 560/14	Concluso
3	Bando di avviso pubblico per il conferimento incarico di Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia P.O. Sessa Aurunca – Delibera 560/14	Concluso
2	Bando di avviso pubblico per il conferimento incarico di Direttore UOC Chirurgia P.O. Sessa Aurunca – Delibera 560/14	Concluso
1	Bando di avviso pubblico per il conferimento incarico di Direttore UOC Chirurgia P.O. Piedimonte Matese – Delibera 560/14	Concluso

Tab.131: Concorsi dirigenza medica e veterinaria

CONCORSO TEMPO INDETERMINATO - DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA		
ID	TITOLO	STATO
86	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 30 Dirigenti Veterinari di Sanità Animale, Area "A" (Scadenza: 12/02/2024)	Attivo
85	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n.5 Dirigenti Medici di Oncologia (Scadenza: 15/01/2024)	Attivo
84	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n.10 dirigenti medici di anestesia e rianimazione (Scadenza: 18/12/2023)	Attivo
83	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Anatomia Patologica (scadenza 24/07/2023)	Attivo
82	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Dirigente Medico di Scienza dell'Alimentazione	Chiuso
81	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Dirigente Medico di Pediatria	Concluso
80	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Dirigente Medico di Audiologia e Foniatria	Attivo
79	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione	Attivo
78	Bando di Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 15 Dirigenti Medici di Medicina d'Emergenza-Urgenza (scadenza 12/06/2023)	Concluso
77	Bando di Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 12 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale (scadenza 12/06/2023)	Concluso
76	Bando di Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 dirigenti medici di ortopedia e traumatologia" (scadenza 24/04/2023)	Concluso
75	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Medicina Interna riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), legge 234/2021, anche non più in servizio	Concluso
74	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), legge 234/2021, anche non più in servizio	Chiuso
73	Bando di Concorso, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n.6 Dirigenti Medici di neurologia	Attivo
72	Bando di Concorso pubblico per n.10 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, per il Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Marcanise, di Piedimonte Matese e di Sessa Aurunca	Concluso
71	Bando di concorso pubblico per 11 Dirigenti Medici di Psichiatria	Concluso

70	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 Dirigenti Medici di Ginecologia e Ostetricia, per i Presidi Ospedalieri di Sessa Aurunca e Piedimonte Matese (Scadenza 30/06/2022)	Concluso
69	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, per l'UOC Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Aversa	Concluso
68	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	Concluso
67	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 Dirigenti Medici di Ematologia e di n. 4 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia	Concluso
66	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Anatomia Patologica	Concluso
65	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 7 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica	Concluso
64	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 8 Dirigenti Medici di Oncologia	Concluso
63	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 15 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Concluso
62	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 8 Dirigenti Medici di Cardiologia	Concluso
61	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 10 Dirigenti Medici di Medicina Interna	Concluso
60	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 Dirigenti Medici di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Concluso
59	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 Dirigenti Medici di Medicina Trasfusionale	Concluso
58	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 15 Dirigenti Medici di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	Concluso
57	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 Dirigenti Medici di Pediatria	Concluso
56	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia	Concluso
55	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 Dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione	Concluso
54	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 20 Dirigenti Veterinari di Igiene della Produzione, (Area "B") e di n. 20 Dirigenti Veterinari di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)	Concluso
53	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 Dirigenti Medici di Neuropsichiatria Infantile	Concluso
52	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 Dirigenti Medici di Psichiatria	Concluso
51	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Neurologia	Concluso
50	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Odontoiatri di Odontoiatria	Attivo
49	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale dirigenziale, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 (N. 1 Dirigente Medico di Scienza dell'Alimentazione e Dietetica)	Concluso
48	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale dirigenziale, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 (N. 1 Dirigente Medico di Nefrologia)	Concluso
47	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 7 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale (Scadenza 26/03/2020)	Concluso

46	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale dirigenziale, riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (N. 1 Dirigente Medico di Ginecologia ed Ostetricia) (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
45	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale dirigenziale, riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (N. 1 Dirigente Farmacista di Farmacia Ospedaliera/Farmaceutica Territoriale) (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
44	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale dirigenziale, riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (n. 1 Dirigente Medico di Psichiatria) (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
43	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale dirigenziale, riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (N. 1 Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione) (Scadenza 26/02/2020)	Concluso
42	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale dirigenziale, riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (N. 1 Dirigente Medico di Chirurgia Generale) (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
41	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 17 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Scadenza 05/03/2020)	Concluso
40	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia per il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca (Scadenza 04/11/2019)	Concluso
39	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione. (Scadenza 04/11/2019)	Concluso
38	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.13 Dirigenti Psicologi di Psicologia Clinica/Psicoterapia) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
37	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.3 Dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
36	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.2 Dirigenti Medici di Psichiatria) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
35	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.5 Dirigenti Medici di Ginecologia e Ostetricia) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
34	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.6 Dirigenti Medici di Geriatria) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
33	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.1 Dirigente Medico di Radiodiagnostica) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
32	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.1 Dirigente Medico di Chirurgia Generale) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
31	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.1 Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
30	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.1 Dirigente Medico di Pediatria) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
29	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.1Dirigente Medico di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
28	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.10 Dir. Farmacisti di Farmacia Osped. /Farmaceutica Terr.) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso

27	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica/altra disciplina) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
26	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.2 Dirigenti Sociologi) (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
25	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Cardiologia per il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
24	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica per il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca	Concluso
23	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 22 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Scadenza 23/04/2019)	Concluso
22	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Concluso
21	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Oftalmologia	Concluso
20	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Pediatria	Concluso
19	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica	Concluso
18	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Dirigenti Medici di Medicina Fisica e Riabilitazione	Concluso
17	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Dirigenti Medici di Geriatria	Concluso
16	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Dirigenti Medici di Oncologia	Concluso
15	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia	Concluso
14	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 Dirigenti Medici di Ginecologia ed Ostetricia (Scadenza 12/04/2018)	Concluso
13	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Medici di Nefrologia (Scadenza 12/04/2018)	Attivo
12	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Urologia (Scadenza 12/04/2018)	Attivo
11	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (Scadenza 12/04/2018)	Concluso
10	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Anatomia Patologica (Scadenza 12/04/2018)	Concluso
9	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 51 Dirigenti Veterinari di Sanità Animale (Area "A")	Concluso
8	Bando concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 dirigente medico di chirurgia generale	Concluso
7	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n.6 Dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione	Concluso
6	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n.18 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Concluso
5	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n.8 Dirigenti Medici di Medicina Interna	Concluso
4	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia	Concluso
3	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Medico di Pediatria	Concluso

2	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica	Concluso
1	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Medici di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	Concluso

CONCORSO TEMPO DETERMINATO - DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA		
ID	TITOLO	STATO
77	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di N. 5 Dirigenti medici di oncologia (Scadenza 23/11/2023)	Concluso
76	Bando di avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi dodici, o periodo inferiore in caso di relativo reclutamento a tempo indeterminato, di n. 30 dirigenti veterinari di sanità animale, area "a", per l'espletamento delle attività legate ai controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, nonché per le profilassi e per la campagna vaccinale, ai fini del superamento dell'emergenza connessa all'eradicazione delle malattie infettive delle specie bovina e bufalina (scadenza termine per istanze di partecipazione 27/07/2023)	Concluso
75	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 12 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale e di n. 15 Dirigenti Medici di Medicina d'Emergenza/Urgenza (Scadenza 21/04/2023)	Concluso
74	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 5 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia	Concluso
73	Indizione avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 5 dirigenti medici di ortopedia e traumatologia	Annullato sostituito dal n.74
72	Avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n.6 Dirigenti Medici di neurologia (Scadenza 24/11/2022)	Concluso
71	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato di n. 10 dirigenti medici di medicina e chirurgia d'accettazione per i PO Marcianise - P. Matese e Sessa Aurunca (Scadenza 16/06/2022)	Concluso
70	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 11 Dirigenti Medici di Psichiatria (Scadenza 16/06/2022)	Concluso
69	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 6 dirigenti medici di ginecologia e ostetricia, per i P.O. di Sessa A. e P. Matese (Scadenza 21/04/2022)	Concluso
68	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 6 dirigenti medici di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, per PO AVERSA (Scadenza 07/04/2022)	Concluso
67	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 5 dirigenti medici di medicina interna (Scadenza 30/12/2021)	Concluso
66	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 4 dirigenti medici di ematologia (Scadenza 23/12/2021)	Concluso
65	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 4 dirigenti medici di ortopedia e traumatologia (Scadenza 23/12/2021)	Concluso
65	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 3 dirigenti medici di anatomia patologica (Scadenza 05/08/2021)	Concluso

63	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 1 dirigente medico di medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro (Scadenza 05/08/2021)	Concluso
62	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 2 dirigenti medici di nefrologia (Scadenza 05/08/2021)	Concluso
61	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo det, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n.3 Dir.Medici di Anat.Patol.,di n.1 Dir.Medico di Med del Lavoro e di n.2 Dir.Medici di Nefrologia (Scadenza 05/08/2021)	Concluso
60	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 7 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
59	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 8 Dirigenti Medici di Oncologia (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
58	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 15 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
57	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 8 Dirigenti Medici di Cardiologia (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
56	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 10 Dirigenti Medici di Medicina Interna (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
55	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 6 Dirigenti Medici di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
54	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, n. 4 Dirigenti Medici di Medicina Trasfusionale (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
53	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, n. 7 Dirigenti Medici di Chirurgia Generale (Scadenza 13/05/2021)	Concluso
52	ando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 2 dirigenti medici di igiene, epidemiologia e sanità pubblica (Scadenza 11/03/2021)	Concluso
51	Bando di avviso pubblico per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 6 dirigenti medici di ginecologia ed ostetricia (Scadenza 11/03/2021)	Concluso
50	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 4 di dirigenti medici ortopedia e traumatologia (Scadenza 21/01/2021)	Concluso
49	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 6 di dirigenti medici di pediatria (Scadenza 21/01/2021)	Concluso
48	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 6 di dirigenti medici di anestesia e rianimazione (Scadenza 21/01/2021)	Concluso
47	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, di dirigenti medici di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, nonchè di igiene, epidemiologia e sanità pubblica (Scadenza 12/10/2020)	Concluso

46	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 4 dirigenti medici di psichiatria (Scadenza 03/09/2020)	Concluso
45	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 4 dirigenti medici di neuropsichiatria infantile (Scadenza 09/07/2020)	Concluso
44	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, non rinnovabili, di n. 20 dirigenti veterinari (area "b") e di n. 20 dirigenti veterinari (area "c") (Scadenza 30/06/2020)	Revocato
43	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Anestesia e Rianimazione (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
42	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Cardiologia (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
41	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Geriatria (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
40	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
39	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Malattie dell'Apparato Respiratorio (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
38	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
37	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Medicina Interna (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
36	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Ortopedia e Traumatologia (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
35	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Pediatria (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
34	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata un anno, non rinnovabile, di dirigenti medici di Radiodiagnostica (Scadenza 09/04/2020)	Concluso
33	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 7 dirigenti medici di chirurgia generale (Scadenza 04/02/2020)	Concluso
32	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 17 dirigenti medici di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (Scadenza 28/01/2020)	Concluso
31	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 2 Dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione (Scadenza 05/08/2019)	Concluso
30	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 2 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia per il presidio ospedaliero di Sessa Aurunca (Scadenza 05/08/2019)	Concluso
29	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, n.1 Dirigente medico di chirurgia generale (Scadenza 18/07/2019)	Concluso

28	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, n. 6 Dirigenti medici di ginecologia ed ostetricia (Scadenza 18/07/2019)	Concluso
27	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, n. 5 Dirigenti medici di geriatria (Scadenza 18/07/2019)	Concluso
26	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 3 dirigenti medici di cardiologia per il Presidio ospedaliero di Sessa Aurunca (Scadenza 23/04/2019)	Concluso
25	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 3 dirigenti medici di radiodiagnostica per il Presidio ospedaliero di Sessa Aurunca (Scadenza 23/04/2019)	Concluso
24	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 22 dirigenti medici di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (Scadenza 05/02/2019)	Concluso
23	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 1 Dirigente Medico di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (Scadenza 18/12/2018)	Concluso
22	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 3 Dirigenti Medici di Pediatria (Scadenza 18/12/2018)	Concluso
21	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 3 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica (Scadenza 18/12/2018)	Concluso
20	Avviso di ricognizione del personale rivestente il profilo di Dirigente Medico, di varie discipline, in servizio presso questa ASL con contratto di lavoro a tempo determinato (Scadenza 15/09/2018)	Concluso
19	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, di N. 2 Dirigenti Medici di Ortopedia e Traumatologia (Scadenza 11/09/2018)	Concluso
18	Bando di avviso pubblico, per l'assunzione a tempo determinato di n. 9 dirigenti medici di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (Scadenza 02/08/2018)	Concluso
17	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, di n. 6 dirigenti medici di chirurgia generale (Scadenza 29/05/2018)	Concluso
16	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, di n. 9 dirigenti medici di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (Scadenza 29/05/2018)	Concluso
15	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, di n. 1 dirigente medico di anatomia patologica (Scadenza 03/04/2018)	Concluso
14	Bando di avviso pubblico per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 45 Dirigenti Veterinari – Sanità Animale – Area "A" (Scadenza 12/09/2017)	Concluso
13	Bando avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, di n. 2 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica (Scadenza 01/08/2017)	Concluso
12	Bando di avviso pubblico, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 12 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Scadenza 11/07/2017)	Concluso
11	Bando di avviso pubblico, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 10 Dirigenti Medici di Medicina Interna (Scadenza 11/07/2017)	Concluso
10	Bando di avviso pubblico, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, eventualmente rinnovabili, di n. 3 Dirigenti Medici di Pediatria (Scadenza 11/07/2017)	Concluso

9	Bando di avviso pubblico, per l'assunzione a tempo determinato, di 2 Dirigenti Medici di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (Scadenza 13/06/2017)	Concluso
8	Bando avviso pubblico, per l'assunzione a tempo determinato di massimo n. 8 dirigenti medici di ginecologia ed ostetricia (Scadenza 18/04/2017)	Concluso
7	Bando avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, di n. 5 dirigenti medici di pediatria (Scadenza 21/03/2017)	Concluso
6	Bando di avviso pubblico di n. 6 dirigenti medici di anestesia e rianimazione (Scadenza 28/02/2017)	Concluso
5	Bando di concorso 8 Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Scadenza 19/10/2020)	Concluso
4	Bando di avviso pubblico per l'assunzione a tempo determinato di n. 7 Dirigenti Medici di Cardiologia (Scadenza 19/07/2016)	Concluso
3	Bando di avviso pubblico per l'assunzione a tempo determinato di n.12 Dirigenti Medici di Radiodiagnostica (Scadenza 19/07/2016)	Concluso
2	Bando di avviso pubblico di Dirigenti Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Scadenza 11/05/2016)	Concluso
1	Bando avviso pubblico, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato, di dirigenti medici di ortopedia e traumatologia (Scadenza 07/05/2016)	Concluso

Tab.132: Concorsi dirigenza sanitaria professionale, tecnica ed amministrativa

<i>CONCORSO TEMPO INDETERMINATO - Dirigenza Sanitaria Profess. Tecnica ed Amministrativa</i>		
<i>ID</i>	<i>TITOLO</i>	<i>STATO</i>
11	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Dirigente Sociologo	Attivo
10	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 2 Dirigenti Psicologi di Psicologia Clinica/Psicoterapia	Attivo
9	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Dirigente Farmacista di Farmacia Ospedaliera/Farmaceutica Territoriale	Attivo
8	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica/altra disciplina	Attivo
7	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica, per la U.O.S.D. "Fisiopatologia della Riproduzione"	Concluso
6	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 Dirigenti Odontoiatri di Odontoiatria	Attivo
5	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica/altra disciplina	Attivo
4	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 12 Dirigenti Psicologi di Psicologia Clinica/Psicoterapia	Attivo
3	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale della Dirigenza, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (N.2 Dirigenti Sociologi)	Concluso
2	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Dirigenti Avvocati	Concluso
1	Concorso pubblico per l'assunzione di N.1 dirigente analista e di n. 3 dirigenti amministrativi	Concluso

CONCORSO TEMPO DETERMINATO - Dirigenza Sanitaria Profess. Tecnica ed Amministrativa		
ID	TITOLO	STATO
2	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto subordinato, durata otto mesi, eventualmente rinnovabili, di N. 1 Dirigente di patologia clinica/Altra disciplina (scadenza 19/08/2021)	Concluso
1	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto subordinato, durata otto mesi, eventualmente rinnovabili, di N. 12 Dirigenti Psicologi di Psicologia Clinica/Psicoterapia (scadenza 19/08/2021)	Concluso

Tab.133: Concorsi comparto

CONCORSO TEMPO INDETERMINATO - COMPARTO		
ID	TITOLO	STATO
75	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale del comparto, riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), Legge 234/2021 e ss.mm.ii. di cui al D.L. 198/2022, convertito in l. 14/2023, e al D.L. 34/2023, convertito in l. 56/2023, anche non più in servizio - n. 12 Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Attivo
74	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale del comparto, riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), Legge 234/2021 e ss.mm.ii. di cui al D.L. 198/2022, convertito in l. 14/2023, e al D.L. 34/2023, convertito in l. 56/2023, anche non più in servizio - n. 4 Ostetriche/Ostetrici	Attivo
73	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale del comparto, riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), Legge 234/2021 e ss.mm.ii. di cui al D.L. 198/2022, convertito in l. 14/2023, e al D.L. 34/2023, convertito in l. 56/2023, anche non più in servizio - n. 245 Infermieri	Concluso
72	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di posti di personale del comparto, riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), Legge 234/2021 e ss.mm.ii. di cui al D.L. 198/2022, convertito in l. 14/2023, e al D.L. 34/2023, convertito in l. 56/2023, anche non più in servizio - n. 10 Operatori tecnici specializzati –Autisti di ambulanza	Attivo
71	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di Collaboratore Tecnico Professionale – Biologo, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. (scadenza 24/07/2023)	Revocato
70	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 2 Tecnici sanitari di radiologia medica (scadenza 15/06/2023)	Concluso
69	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (scadenza 15/06/2023)	Attivo
68	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Tecnico della riabilitazione psichiatrica (scadenza 15/06/2023)	Concluso
67	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (scadenza 15/06/2023)	Attivo
66	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 3 Tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (scadenza 15/06/2023)	Concluso
65	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 2 Tecnici audiometristi (scadenza 15/06/2023)	Concluso
64	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 4 Ostetriche/Ostetrici (scadenza 15/06/2023)	Concluso

63	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Ortottista (scadenza 15/06/2023)	Concluso
62	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 8 Operatori socio-sanitari (scadenza 15/06/2023)	Concluso
61	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 4 Logopedisti (scadenza 15/06/2023)	Concluso
60	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 3 Infermieri Pediatrici (scadenza 15/06/2023)	Concluso
59	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 5 Infermieri (scadenza 15/06/2023)	Attivo
58	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 5 Fisioterapisti (scadenza 15/06/2023)	Attivo
57	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 2 Dietisti (scadenza 15/06/2023)	Concluso
56	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 1 Collaboratore Tecnico professionale – ingegnere civile/architetto (scadenza 15/06/2023)	Concluso
55	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 2 Assistenti Tecnici Geometri (scadenza 15/06/2023)	Concluso
54	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 2 Assistenti sociali (scadenza 15/06/2023)	Concluso
53	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di posti di vario personale del Comparto, riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. - 2 Assistenti amministrativi (scadenza 15/06/2023)	Concluso
52	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 CPS Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii.. (scadenza 02/03/2023)	Attivo
51	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 10 CPS Infermieri, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii.. (scadenza 02/03/2023)	Attivo
50	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 30 Operatori Tecnici Specializzati Autisti di Autoambulanza, ctg. "B", livello economico "Bs"	Attivo
49	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 CPS Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, ctg. "D" riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), legge 234/2021, anche non più in servizio	Concluso
48	Bando di avviso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di n. 100 CPS Infermieri, ctg. "D" riservato a coloro i quali siano in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lettera b), legge 234/2021, anche non più in servizio	Concluso
47	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 CPS Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, ctg. "D"	Concluso
46	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Assistenti Tecnici Geometri, ctg. "C"	Concluso
45	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 100 CPS Infermieri, ctg. "D"	Revocato

44	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 CPS Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, ctg. "D"	Concluso
43	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 CPS Terapisti Occupazionali, ctg. "D";	Concluso
42	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 CPS Logopedisti, ctg. "D"	Attivo
41	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato n. 4 CPS Educatori Professionali, ctg. "D"	Concluso
40	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 12 CPS Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, ctg. "D"	Attivo
39	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 10 CPS Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, ctg. "D";	Concluso
38	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 CP Assistenti Sociali, ctg. "D"	Concluso
37	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 CTP Informatici/Analisti, ctg. "D"	Concluso
36	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 7 Programmatori, ctg. "C"	Concluso
35	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 CPS Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017	Concluso
34	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 CPS Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017	Concluso
33	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 CPS Infermieri Pediatrici, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017	Concluso
32	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 CPS Dietisti, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017	Concluso
31	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 82 Assistenti Amministrativi (ctg. "C"), di cui n. 1 in applicazione della riserva al personale dipendente e n. 30 in riserva ai militari volontari congedati (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
30	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 46 Collaboratori Amministrativi Professionali (ctg. "D"), di cui n. 6 in applicazione della riserva al personale dipendente e n. 15 militari volontari congedati (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
29	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 CPS Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
28	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 5 CPS Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
27	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 6 Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Attivo
26	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 Programmatore, ctg. "C", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
25	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 8 Collaboratori Amministrativi Professionali, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
24	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 Assistenti Amministrativi, ctg. "C", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
23	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 CPS Infermieri Pediatrici, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
22	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 Collaboratori Tecnici Professionali Ingegneri/Architetti, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
21	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 Assistenti Tecnici Periti/Geometri, ctg. "C", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
20	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 Collaboratore Tecnico Professionale Informatico/Analista, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso

19	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 CPS Dietisti, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
18	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 12 CPS Infermieri, ctg. "D", riservato ai sensi della legge 208/2015 e s.m.i. (Scadenza 26/03/2020)	Concluso
17	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 CPS Tecnici Audiometristi, ctg. "D". (Scadenza 04/11/2019)	Attivo
16	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 85 CPS Infermieri, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
15	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 CPS Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
14	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 CPS Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
13	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 6 CPS Tecnici di Laboratorio Biomedico, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
12	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 5 CPS Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
11	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 CPS Educatori Professionali, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
10	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 19 CPS Fisioterapisti, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
9	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 5 CP Assistenti Sociali, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
8	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 20 Operatori Socio-Sanitari, livello economico "Bs", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
7	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 Collaboratori Tecnici Professionali/Ingegneri Informatici – Ingegneri Elettronici, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
6	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 Programmatori, ctg. "C", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
5	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 7 Operatori Tecnici Informatici, ctg. "B", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
4	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 4 Collaboratori Amministrativi Professionali, ctg. "D", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
3	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 20 Assistenti Amministrativi, ctg. "C", riservato ai sensi dell'art. 20, comma 2, D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. (Scadenza 14/10/2019)	Concluso
2	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 5 Operatori Tecnici Informatici, CTG "B" (Scadenza 09/07/2018)	Attivo
1	Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Collaboratori Tecnici Professionali – Ingegneri Civili/Architetti, ctg. "D" (Scadenza 25/09/2017)	Revocato

CONCORSO TEMPO DETERMINATO - COMPARTO		
ID	TITOLO	STATO
9	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n. 30 operatori tecnici specializzati-autisti di autoambulanza, ctg. "b", livello economico "bs" (Scadenza 24/11/2022)	Concluso
8	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n. 4 CPS Terapisti Occupazionali, ctg. "D"	Concluso

	(Scadenza 17/03/2022)	
7	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n. 4 CPS Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, ctg. "D" (Scadenza 17/03/2022)	Concluso
6	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n. 5 CP Assistenti Sociali, ctg. "D" (Scadenza 17/03/2022)	Concluso
5	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n. 4 CPS Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, ctg. "D" (Scadenza 17/03/2022)	Concluso
4	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, eventualmente rinnovabile, di n. 5 Assistenti tecnici geometri, ctg. "C" (Scadenza 24/02/2022)	Concluso
3	Bando di avviso pubblico, per soli titoli, per l'assunzione a tempo determinato, con rapporto di lavoro subordinato, durata anni uno, di cps infermieri e di cps tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (Scadenza 21/09/2020)	Concluso
2	Bando di avviso pubblico per l'assunzione a tempo determinato durata mesi sei, eventualmente rinnovabili una sola volta, di operatori tecnici specializzati-autisti di autoambulanza, ctg. "b", livello economico "bs" (Scadenza 09/07/2020)	Concluso
1	Bando avviso pubblico, per l'assunzione a tempo determinato, durata mesi otto, di n. 3 collaboratori tecnici professionali – ingegneri civili/architetti, ctg. "d" (Scadenza 25/07/2017)	Concluso

Tab.134: Consistenza dell'organico al 31.12.2023

	Totale presenti al 31.12.2022 (A)	Assunti al 31.12.23 (B)	Cessati al 31.12.23 (C)	Totale presenti al 31.12.23 (1) =(A)+(B)-(C)
Personale dipendente a tempo indeterminato	4468	530	393	4605
- Dirigenti Medici	1096	137	127	1106
- Dirigenti non medici	122	15	8	129
- Personale non dirigente	3250	378	258	3370
- Personale contrattista	0	0	0	0
Personale dipendente a tempo determinato	525	75	236	364
Totale	4993	605	629	4969

Tab.135: Consistenza dell'organico al 1.1.2024

<i>Ruolo</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Tot</i>
Sanitario Dirigenza Medica	Dirigente Medico	947
Sanitario Dirigenza Medica	Dirigente Veterinario	213
Sanitario Dirigenza non Medica	Dirigente Sanitario non medico	132
Sanitario Comparto	Operatori Sanitari Infermieri	2149
Sanitario Comparto	Tecnici Sanitari	280
Sanitario Comparto	Pers. Vigilanza ed ispezione	53
Professionale	Dirigenza	19
Tecnico	Dirigenza	14
Tecnico	Comparto	580
Amministrativo	Dirigenza	26
Amministrativo	Comparto	556
Totale		4969

Tab.136: Consistenza dell'organico al 31.12.2022

Periodo di rilevazione	01/01/2022 - 31/12/2022			
	Totale presenti al 31.12.2021 (A)	Assunti al 31.12.22 (B)	Cessati al 31.12.22 (C)	Totale presenti al 31.12.22 (1) =(A)+(B)-(C)

Personale dipendente a tempo indeterminato	4181	697	377	4501
- Dirigenti Medici	1050	138	97	1091
- Dirigenti non medici	166	34	20	180
- Personale non dirigente	2963	525	260	3228
- Personale contrattista	2	0	0	2
Personale dipendente a tempo determinato	380	210	86	504
Totale				5005

Tab.137: Consistenza dell'organico al 31.12.2022

<i>Ruolo</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Tot</i>
Sanitario Dirigenza Medica	Dirigente Medico	930
Sanitario Dirigenza Medica	Dirigente Veterinario	193
Sanitario Dirigenza non Medica	Dirigente Sanitario non medico	125
Sanitario Comparto	Operatori Sanitari Infermieri	2205
Sanitario Comparto	Tecnici Sanitari	268
Sanitario Comparto	Pers. Vigilanza ed ispezione	58
Professionale	Dirigenza	17
Tecnico	Dirigenza	15
Tecnico	Comparto	295
Tecnico	OSS	278
Tecnico	Ausiliario Specializzato	16
Amministrativo	Dirigenza	28
Amministrativo	Comparto	577
Totale		5005

Tab.138: Assunti e Cessati anno 2023

ASSUNTI CESSATI ANNO 2023

	ASSUNTI 2023		CESSATI 2023	
RUOLO SANITARIO	405		277	
Dirigenti Medici	182	142 MEDICI (DI CUI 18 A TD) 40 VETERINARI (DI CUI 29 A TD)	135	113 MEDICI (DI CUI 8 A TD) 23 VETERINARI
Dirigenti Sanitari	16	DI CUI 1 A TD	8	
Personale del comparto area sanitaria	207	DI CUI 108 STABILIZZATI	134	DI CUI 25 A TD
RUOLO TECNICO	134		136	
Dirigenti	1		2	
Personale del comparto area tecnica	133	DI CUI 21 A TD	134	DI CUI 57 A TD
RUOLO PROFESSIONALE	3		-	
Dirigenti	3		-	
Personale del comparto area professionale	-		-	
RUOLO AMMINISTRATIVO	48		66	
Dirigenti	-		2	
Personale del comparto area amministrativo	48		64	
TOTALE	590		479	

Tab.139: Cessazioni anno 2022

<i>Cessazioni anni 2022</i>	
<i>Qualifica</i>	<i>Numero</i>
Assistente amministrativo	58
Assistente Tecnico	5
Assistenti Sociali	2
Ausiliario Specializzato	4
Coadiutore amministrativo	9
Collab. Professionale Sanitario - Assistente Sanitario	1
Collab. Professionale Sanitario - DIETISTA	1
Collab. Professionale Sanitario - Fisioterapista	9
Collab. Professionale Sanitario - Ostetrica	12
Collab. Professionale Sanitario-Infermiere	105
Collaboratore amministrativo	37
Collaboratore tecnico Professionale	1
Dirigente Amministrativo	4
Dirigente Avvocato	2
Dirigente Biologo	4
Dirigente Farmacista	5
Dirigente Ingegnere	1
Dirigente Medico	100
Dirigente Psicologo	2
Dirigente Sociologo	4
Dirigente Veterinario	13
Operatore Socio-Sanitario	41
Operatore Tecnico - AUTISTA	1
Operatori Tecnici IV livello	2
Operatori Tecnici V livello	13
Operatori Tecnici di assistenza IV livello	2
PROGRAMMATORE	2
TEC.CO SAN. DI LABORATORIO BIOMEDICO	6
TEC.CO SAN. DI RADIOLOGIA MEDICA	4
Tecnico della prevenzione	13
TOTALE	463

Tab.140: Assunzioni anno 2022

<i>ASSUNZIONI 2022</i>		
<i>Qualifica</i>	<i>Numero</i>	<i>Ruolo</i>
Assistente amministrativo	155	Ruolo amministrativo comparto
Collaboratore amministrativo	81	
Dirigente Amministrativo	1	Ruolo amministrativo dirigenza
Dirigente Avvocato	1	Ruolo professionale dirigenza
COLL. PROF. SAN. DIETISTA	2	Ruolo sanitario comparto
Coll. Prof. San. Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	4	
Coll. Prof. Sanitario-Infermiere Pediatrico	8	
Coll. Prof. Sanitario-Ostetrica	6	
Collab. Professionale Sanitario-Fisioterapista	1	
Collab. Professionale Sanitario-Infermiere	238	
COLLABORATORE EDUCATORE PROFESSIONALE	6	
Collaboratore Professionale Sanitario-Logopedista	3	
ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OPTAMOLOGIA	3	
TEC.CO SAN. DI LABORATORIO BIOMEDICO	9	
TEC.CO SAN. DI RADIOLOGIA MEDICA	9	

Tecnico della prevenzione	18	
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTR. ETÀ EVOL.	4	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	4	
Dirigente Medico	129	Ruolo sanitario dirigenza Medica
Dirigente Medico	23	
Dirigente medico con inc.di strutt.complexa	5	
Dirigente Veterinario	19	
Dirigente Biologo	15	Ruolo sanitario dirigenza Non Medica
Dirigente Farmacista	4	
Dirigente Psicologo	13	
Assistente Tecnico VI livello	5	
Assistente tecnico specializzato	1	Ruolo tecnico comparto
Assistenti Sociali coordinatori VII livello	3	
Collaboratore tecnico Professionale	10	
OPER.TORE TECNICO V LIVELLO AUTISTA	16	
Operatore Socio-Sanitario BS	105	
PROGRAMMATORE	1	
Dirigente Sociologo	5	
TOTALE	907	

Tab.141: Cessazioni anno 2021

Cessazioni anno 2021	
Qualifica	Numero
Assistente Amm. Vo	22
Assistente Tecnico	3
Ausiliario specializzato	11
Coadiutore Amm.vo	10
Coadiutore Amm.vo Senior	1
Coll. Amministrativo Prof.le	17
Coll. Amministrativo Prof.le Senior	12
Coll. Prof. Assistente Sociale	4
Coll. Prof. Assistente Sociale Senior	1
Coll. Prof. Sanitario Fisioterapista	5
Coll. Prof. Sanitario Infermiere	68
Coll. Prof. Sanitario Infermiere Pediatrico	10
Coll. Prof. Sanitario Ostetrica	5
Coll. Prof. Sanitario Sen. Tec. San. Lab. Bio.	1
Coll. Prof. Sanitario Senior Fisioterapista	3
Coll. Prof. Sanitario Senior Infermiere	8
Coll. Prof. Sanitario Senior Tec. Prev. A.L.	1
Coll. Prof. Sanitario Tec. Prev. A.L.	16
Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Lab. Bio.	2
Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Rad. Med.	8
Coll. Tecnico Prof.le	2
Commesso	3
Dir. Amm.vo < 5 anni	2
Dir. Avvocato I Liv. < 5 anni	2
Dir. Biologo I Liv. < 5 anni	6
Dir. Farmacista I Liv. < 5 anni	1
Dir. Ingegnare I Liv. < 5 anni	1
Dir. Med. I Liv. < 5 anni	93
Dir. Psicologo I Liv. Ex 10	1
Dir. Sociologo I Liv. Ex 9° Equip.	1
Dir. Sociologo ISC	1
Dir. Vet. I Liv.	11
Infermiere Generico Senior	14
Operatore Socio Sanitario	53
Operatore Tecnico	7
Operatore Tecnico Specializzato	16
Programmatore	2
Puericultrice Senior	14
TOTALE	438

Tab.142: Assunzioni anno 2021

ASSUNZIONI 2021		
Qualifica	Numero	Ruolo
Coll. Prof. Sanitario Infermiere	130	Ruolo Sanitario Comparto
Coll. Prof. Sanitario Ostetrica	7	
Coll. Prof. Sanitario Tec. Prev. A.L.	6	
Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Lab. Bio.	6	
Coll. Prof. Sanitario Tec. San. Rad. Med.	11	
Dirigente Amm.vo	21	Ruolo Amministrativo Dirigenti
Coll. Amministrativo Prof.le	79	Ruolo Amministrativo Comparto
Dirigente Avvocato	9	Ruolo Professionale Dirigenti
Dirigente Biologo	1	Ruolo Sanitario non Medico
Dirigente Farmacista	13	
Dirigente Medico	55	Ruolo Sanitario Dirigenza Medica e Vet.
Dirigente Medico ISC Medicina	1	
Dirigente Veterinario	33	
Dirigente Veterinario ISC	1	
Assistente Tecnico	4	Ruolo Tecnico Comparto
Coll. Tecnico Prof.le	4	
Operatore Socio Sanitario	35	
Operatore Tecnico Specializzato	1	
Programmatore	23	
TOTALE	440	

9.2 Cessazioni programmate per il triennio 2024-2026

Come noto, particolare rilevanza rivestono ai fini dell'elaborazione del PTF, in termini di turn over, le cessazioni intervenute e pianificate sulla base dei dati attualmente conosciuti rispetto al triennio di riferimento.

Le cessazioni, stimabili a vario titolo per il biennio 2023-2024, in base alla normativa in vigore, risultano attualmente pari a n.320, di cui nel solo 2023 n. 156 hanno già formalizzato la loro richiesta di pensionamento.

Tab.143: Elenco dipendenti che cessano nel 2024 per pensionamento

ELENCO DIPENDENTI CHE CESSANO NELL'ANNO 2023 con formalizzazione di richiesta di pensionamento	
Redatto in data 23 gennaio 2024	
Qualifica	Numero
Dirigente medico	71
Dirigente veterinario	9
Biologo	6
Psicologo	1
Sociologo	1
Farmacista	2
Assistente amministrativo	13
Ausiliario specializzato	4
Coadiutore amministrativo	4
Collaboratore amministrativo professionale	11
Commesso	2
Fisioterapista	2
Infermiere	39
Operatore tecnico specializzato	14
Operatore socio sanitario	15
Assistente Tecnico	1
Autista	2
Ostetrica	1
Tecnico della prevenzione	
Tecnico di radiologia	2
TOTALE	200

9.3 Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2023-2025

Con delibere aziendali n. 1467 del 24.9.2021 e 1598 del 21.10.2021 l'Azienda ha pubblicato il Piano dei fabbisogni 2020-2022 approvato dalla Regione "Presa d'atto DGRC 424 del 5.10.2021 -Adozione in via definitiva del PTFP 2020-2022.

Il Piano dei Fabbisogni 2021-2023 elaborato sulla base delle indicazioni regionali è stato approvato dalla Regione e l'ASL lo ha definitivamente adottato con delibera n. 398 del 20/10/2022.

Tab.144: Revisione Piano dei fabbisogni 2021-2023

ASL CASERTA	Personale in servizio Al 31/12/20	Del.Reg. 593/20 Met. Fab. Saniarp	Fab. 21/23	Dot. Fab. Sanità Penitenziaria	Piano di Potenziamento Territoriale	Del.Reg. 593/20 Met. Fab. Sanità penitenziaria	Fab. 21/23 Sanità Penitenziaria + Piano di Potenziamento Regionale	Fab. nel rispetto del tetto di spesa 21/23	PTFP 2021	PTFP 2022	PTFP 2023	Tot.
RUOLO SANITARIO	3153	4402	1249	288	112	4690	1649	1106	626	463	17	4259
Dir. Medici/Veter.	1061	1471	410	75	62	1546	547	261	119	142	0	1322
Dir.Sanitari	100	124	24	36	0	160	60	28	15	13	0	128
Comparto area sanitaria	1992	2807	815	177	50	2984	1042	817	492	308	17	2809
RUOLO TECNICO	545	795	250	82	15	877	347	169	69	95	5	714
Dirigenti	17	37	20	6	0	43	26	5	0	5	0	22
Comparto area tecnica	528	758	230	76	15	834	321	164	69	90	5	692
RUOLO PROFESSIONALE	11	43	32	0	0	43	32	11	9	2	0	22
Dirigenti	11	25	14	0	0	25	14	11	9	2	0	22
Comparto area professionale	0	18	18	0	0	18	18	0	0	0	0	0
RUOLO AMMINISTRATIVO	420	785	365	10	0	795	375	318	128	190	0	738
Dirigenti	13	35	22	1	0	36	23	20	19	1	0	33
Comparto area amministr.	407	750	343	9	0	759	352	298	109	189	0	705
TOTALE	4129	6025	1896	380	127	6405	2403	1604	832	750	22	5733

Tab.145: Piano dei fabbisogni 2022-2024

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2021 *	STANDARD AZIENDA DGRC 546/2022	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
RUOLO SANITARIO	3.500	5.140	290	1.640	800	405	175	220
Dirigenti Medici	1.082	1.800	75	718	379	156	132	91
Dirigenti Sanitari	106	190	38	84	45	24	12	9
Personale del comparto area sanitaria	2.312	3.150	177	838	376	225	31	120
di cui personale infermieristico	1.903	2.242	150	339	283	211	21	51
di cui infermieri di famiglia		-	-	-	-	-	-	-
RUOLO TECNICO	515	893	82	378	234	116	69	49
Dirigenti	15	43	6	28	6	5	-	1
Personale del comparto area tecnica	500	850	76	350	228	111	69	48
di cui OSS	182	575	60	393	141	81	42	18
di cui Assistenti Sociali	35	90	16	55	8	3	1	4
RUOLO PROFESSIONALE	18	43	-	25	7	-	3	4
Dirigenti	18	25	-	7	3	-	3	1

Personale del comparto area professionale	-	18	-	18	3	-	-	3
RUOLO AMMINISTRATIVO	492	795	10	303	236	204	21	11
Dirigenti	31	36	1	5	-	-	-	-
Personale del comparto area amministrativo	461	759	9	298	236	204	21	11
TOTALE	4.525	6.871	382	2.346	1.277	725	268	284

Tab.146

E' stato riportato il personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

di cui personale ex Legge 68/1999	n. 87 Comparto Amministrativo	
	n. 175 Comparto Sanità	
	n. 80 Comparto Tecnico	

10 Sottosezione di programmazione - Formazione del Personale

Le proposte formative sono redatte in coerenza con gli obiettivi formativi annuali e pluriennali che il PIAO fissa).

Tab.147: Piano formazione personale

PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	BISOGNI	OBIETTIVI
CENTRO ANTIDIABETICO DISTRETTO SANITARIO 15	Gestione nutrizionale del diabete tra prevenzione e remissione del diabete tipo 2	Migliorare la compliance del diabete tipo 2 nella popolazione dell'ASL Caserta	Integrare la dieta come cardine della terapia diabetica
COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO DISTRETTI SANITARI	Il ciclo passivo della fatturazione alla luce del D.Lgs 36/2023 in tema di digitalizzazione del processo di acquisto	Upgrade conoscitivo ed informatico per l'appropriata e consapevole gestione degli adempimenti dovuti	Adeguare competenze e abilità operative al mutato quadro normativo
COORDINAMENTO SANITA' PENITENZIARIA	Miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica dei servizi penitenziari ex DGRC n. 520/2023	Aggiornamenti delle regolamentazioni Regionali con le DGRC n. 112 e n. 520 dei servizi afferenti alla rete regionale di sanità penitenziaria, anche intesi come integrati dal Sistema di presa in carico in corso di misura di sicurezza non detentiva o REMS	Conoscenza degli operatori del dettaglio delle novellate regolamentazioni generali e acquisizione delle competenze operative derivanti dalle regolamentazioni attraverso il percorso di informatizzazione della documentazione clinica, delle procedure assistenziali e di quelle gestionali, derivanti dall'obbligazione all'utilizzo del sistema informativo regionale per la sanità penitenziaria " SMOP"
COORDINAMENTO SOCIOSANITARIO	Le buone pratiche sociosanitarie	Promuovere il dialogo tra i vari attori del percorso sociosanitario	Migliorare le prestazioni sociosanitarie destinate all'utenza

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Corso avanzato sulle dinamiche sanitarie: tecniche di briefing, debriefing e defusing per migliorare emozioni, clima e relazioni	Arricchire le competenze comunicative del personale in contesti sanitari ad alta intensità emotiva	Migliorare le capacità comunicative e di gestione dello stress lavoro-correlato
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	ESP: gli esperti in supporto tra pari	Rafforzare le conoscenze degli operatori del DSM nella partecipazione attiva	Approfondire la conoscenza sul sapere esperienziale, sulle pratiche e strategie di coping
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Individuazione precoce delle psicosi	Applicare procedure di diagnosi precoce per la prevenzione dei disturbi legati allo spettro delle malattie psicotiche maggiori	Elaborare programmi di intervento efficaci per intercettare i pazienti in condizioni sottosoglia e garantire una presa in carico tempestiva
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Ritiro sociale volontario (Hikikomori): cause ed evoluzioni	Prevenire gli effetti della digitalizzazione quale fenomeno generazionale relativo alla salute mentale	Fornire strumenti per la prevenzione e gestione del post ritiro
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	REIKI: strumento di supporto per il personale sanitario nella pratica infermieristica e la cura del se	Migliorare le percezioni degli operatori sanitari sul livello di cura	Implementare il metodo REIKI fra gli operatori del settore
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	La gestione del rischio suicidario in adolescenza dalla prevenzione agli audit sugli eventi	Approfondimento delle tematiche legate al rischio suicidario	Prevenzione degli episodi suicidari nell'adolescenza
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Il dialogo aperto nella gestione delle crisi e degli esordi psicopatologici	Implementare la valorizzazione e il coinvolgimento delle reti familiari e sociali con la finalità di favorire l'inclusione sociale e normalizzare la crisi psichiatrica	Formare gli operatori delle UOSM aziendali al Dialogo Aperto come metodo di gestione degli esordi e delle crisi
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Gruppi di psicoanalisi multifamiliare per utenti gravi	Attivazione di gruppi terapeutici con un setting definito	Applicazione di una metodologia innovativa per il trattamento familiare dei disturbi psicotici
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Il ruolo dell'infermiere in salute mentale: una sfida e un'opportunità	Condivisione fra gli operatori di metodologie di lavoro e percorsi integrati di cura	Implementare i modelli funzionali dell'integrazione e favorire la conoscenza degli strumenti applicativi disponibili a supporto dell'attività professionale
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	La presa in carico integrata del paziente con addiction e comorbidità psichiatrica	Definizione di percorsi condivisi nell'ambito della interdipartimentalità	Attuazione di linee guida e procedure condivise tra gli operatori appartenenti a diversi ambiti di servizio
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Implementazione di un modello di monitoraggio dinamico e gestione del rischio sanitario ambientale in aree sensibili	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Formazione del personale coinvolto

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Realizzazione di un modello unico di sistema informativo territoriale (SIT) regionale a supporto della attuazione dei PSA (Piani di Sicurezza delle Acque) per favorire una implementazione integrata dei piani sull'intero territorio. L'applicazione dei PSA e le attività di vigilanza	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Attività formativa volta a sostenere la governance regionale del PRP al fine di promuovere e implementare il miglior utilizzo dei sistemi informativi
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Applicazione della VIS (valutazione di impatto sulla salute) nei procedimenti ambientali e nei piani territoriali. Applicazione della metodologia per la VIS rapida	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	L'attività formativa è svolta da docenti "formatori esperti" sulla tematica e progetto t 4HIA del Ministero della Salute- ISPRA - APPA - ISS ecc. Attività formativa volta a sostenere la governance regionale del PRP al fine di promuovere e implementare la metodologia in conformità alle previsioni del PNP 2020/2025 del Ministero della Salute
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Sviluppo di linee di indirizzo sul radon	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Formazione del personale coinvolto nell'attivazione del piano di Gestione e Monitoraggio del Radon e negli ambienti di vita e di lavoro
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Diffusione della cultura del rischio chimico correlata alla gestione dei rifiuti	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Sviluppo di iniziative di sensibilizzazione sul territorio dell'ASL Caserta per la diffusione della cultura del rischio chimico correlata alla gestione dei rifiuti e formazione del personale coinvolto
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Urban Health Strategies e piano di controllo e misurazione dei livelli di inquinante indoor	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Formazione ed addestramento del Personale ASL partecipante alle attività
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Documento Regionale sul funzionamento della rete ambiente - salute: dinamiche e attività	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Formazione del personale ASL sui temi dell'integrazione istituzionale, della formazione e della valutazione dell'impatto ambientale e sanitario in ottica intersettoriale anche ai fini della realizzazione di materiale informativo/multimediale sulla rete ambiente - salute

			rivolto alla popolazione di riferimento
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Diffusione della cultura del rischio chimico correlato all'utilizzo di prodotti di largo consumo (es. biocidi)	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Organizzazione di seminari con esperti della materia ed avvio di corsi di formazione ECM rivolti al personale coinvolto, per rafforzare le competenze nell'ambito del rischio clinico, per poi procedere alle attività previste e ad interventi di informazione alla popolazione
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Potenziamento sensibilità popolazione sui rischi per la salute da inquinamento ambientale outdoor, tutela delle acque destinate al consumo umano, eventi climatici estremi e catastrofi naturali	Attuazione di quanto previsto dalla scheda di programma dell'ASL Caserta per il PRP 2020/2025	Formazione del personale coinvolto
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Rischi biologici, fitosanitari e derivanti dall'uso di attrezzature in agricoltura: contenimento degli infortuni e prevenzione ed emersione delle malattie professionali	Rafforzare le competenze del personale di vigilanza impegnato nelle indagini per infortuni sul lavoro	Aggiornare le figure professionali impegnate nel settore agricolo in relazione agli infortuni derivanti da uso di macchine e attrezzature
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Il percorso della donazione degli organi	Formazione di figure professionali in grado di gestire le complesse fasi che portano alla donazione d'organo	Miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza delle prestazioni nel sistema trapianti
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Approfondimenti di aspetti problematici nell'esecuzione dei controlli ufficiali	Implementare i controlli in ambito di alimenti, mangimi, malattie animali trasmissibili e prodotti fitosanitari	Applicazione dei Reg. UE 2017/625 e Reg. UE 2016/429

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Clima organizzativo e benessere del personale	Prevenire il disagio psicofisico e sociale da lavoro e mitigare il livello di stress	Acquisizione di conoscenze e competenze per incrementare la motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni per un clima lavorativo di benessere generale
DISTRETTO SANITARIO 16	Il ruolo del territorio nella presa in carico del bambino con patologie croniche e/o invalidanti	Approfondire gli aspetti clinico e psicosociale della presa in carico del bambino affetto da malattie croniche	Offrire strumenti e tecniche per la presa in carico del bambino affetto da cronicità
DISTRETTO SANITARIO 23	Il Consultorio familiare: le regole del gioco	Approfondire la prevenzione dell'internet addiction	Definizione di linee guida e procedure per favorire il confronto tra Scuola e Servizi Sanitari Territoriali
DISTRETTO SANITARIO 23	Human caring: la salute della persona nella sua interezza	Implementare un approccio all'assistenza infermieristica in ottica di matrice umanitaria	Offrire nuove prospettive e linee guida per favorire la personalizzazione dell'assistenza infermieristica
SERVIZIO AFFARI GENERALI	La responsabilità medica e il risarcimento dei danni in attuazione della legge Gelli-Bianco	Approfondire il procedimento sulle specifiche responsabilità degli uffici amministrativi aziendali	Conoscenza dei compiti individuali nelle diverse fasi del procedimento di gestione dei sinistri derivanti da rischio clinico
SERVIZIO AFFARI GENERALI	I controlli relativi alla documentazione amministrativa e alle autocertificazioni	Aggiornamento sul DPR 445/2000	Aumentare la capacità di controllo e di verifica delle autocertificazioni
SERVIZIO AFFARI GENERALI	L'organizzazione del recupero crediti nell'Azienda Sanitaria	Formazione del personale amministrativo sulle procedure di riscossione crediti	Aumentare le capacità di recupero crediti dell'Azienda Sanitaria
SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE	Prevenzione della corruzione e della trasparenza.	Formazione in materia di anticorruzione e trasparenza mirata, all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e legalità. Formazione del RPCT, della struttura di supporto e dei Referenti Aziendali in materia di anticorruzione. Aggiornamento norme	Valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e la trasparenza. Conoscenza della disciplina in tema di anticorruzione - L. 190/12 e ss.mm.ii.
SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE	La Privacy alla luce del nuovo Regolamento Europeo	Fornire appropriata formazione in materia di protezione dei dati alla dirigenza sanitaria	Istruire gli "Incaricati" alla nuova normativa europea
SERVIZIO CONTROLLO PRESTAZIONI ESTERNE E MOBILITA'	La mobilità sanitaria internazionale	Uniformare le procedure applicate alla normativa nazionale e regionale	Aggiornare gli operatori dei DD.SS. E dei PP.OO. sulla corretta applicazione della normativa di settore

SERVIZIO CONTROLLO PRESTAZIONI ESTERNE E MOBILITA' INTERNAZIONALE	Appropriatezza nel ricorso a prestazioni in accreditamento istituzionale	Aggiornare il personale preposto alla verifica dei requisiti di accesso alle prestazioni accreditate presso il SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di accreditamento istituzionale
SERVIZIO COT 118	BLSD	Aggiornamento sulle corrette manovre di primo soccorso	Migliorare le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base
SERVIZIO FORMAZIONE	La medicina di genere: normative, concetti fondamentali ed implementazione nelle attività cliniche e preventive ospedaliere e territoriali.	Necessità di formare il personale medico e sanitario sulla medicina di genere. Adempimento di leggi (Legge n.3 del 11/01/2018)	Contenuti Tecnico-professionali (conoscenze e competenze) di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare. Management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.
SERVIZIO FORMAZIONE	La telemedicina e il rapporto medico-paziente: la qualità delle prestazioni	Implementazione della telemedicina. Diffusione dei maggiori strumenti di digitalizzazione. Approfondimento degli aspetti medico - legali in telemedicina.	Epidemiologia- prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico - professionali.
SERVIZIO FORMAZIONE	Procedure assistenziali dell'Operatore Socio Sanitario	Formare il personale Operatore Socio Sanitario dell'ASL CE	Garantire sul lavoro risposte ed interventi efficaci, tempestivi, adeguati ed ottimali per le proprie competenze nell'ambito ospedaliero e territoriale.
SERVIZIO FORMAZIONE	Il Consultorio Familiare: percorsi e attività	Potenziamento percorsi di prevenzione per adolescenti, accoglienza dei migranti nei percorsi consultoriali, potenziamento delle strategie per la motivazione all'aderenza agli screening, presa in carico della famiglia dei minori in situazioni di fragilità	Potenziamento della rete territoriale
SERVIZIO FORMAZIONE	Somministrazione farmaci a scuola	Educazione alla salute	Formare il personale scolastico sulla somministrazione dei farmaci.
SERVIZIO FORMAZIONE	Prevenzione e riduzione del rischio aggressioni per gli operatori sanitari	Il D.Lgs. 81/2008 e gli aspetti relativi alla sicurezza degli operatori.	Migliorare le competenze relazionali: la comunicazione interna ed esterna con l'utente. L'umanizzazione delle cure.

SERVIZIO FORMAZIONE	Aggiornamento sulla esecuzione, lettura e interpretazione dell'ECG e dell'emogasanalisi	Fornire gli strumenti per: conoscere i principali sistemi di controllo dell'equilibrio acido-base e dell'ECG, leggere e interpretare un esame ECG ed emogasanalitico; identificare le principali situazioni cliniche derivanti da alterazioni del tracciato ECG e dell'equilibrio acido-base	Acquisizione delle basi tecniche e teoriche essenziali per eseguire e leggere correttamente un ECG ed un EGA ed eseguire gli interventi necessari
SERVIZIO FORMAZIONE	Gestione PICC e accessi venosi periferici	Evidenziare come un dispositivo apparentemente semplice e innocuo come la ago-cannula si associ in realtà ad un elevato rischio di complicanze meccaniche quali le occlusioni o le dislocazioni e di complicanze flebitiche o trombotiche	L'attenzione degli operatori sanitari sulle raccomandazioni di buona pratica clinica per l'impianto e la gestione delle ago-cannule, anche alla luce di una serie di recenti linee guida internazionali che hanno standardizzato in maniera assai precisa tali raccomandazioni, sulla base delle evidenze scientifiche più recenti
SERVIZIO FORMAZIONE	Il Triage in PS: il Fast-track	Aggiornamento sulle linee di triage e del percorso di presa in carico secondo il modello del Fast-track.	Adozione modello Fast-track in PS
SERVIZIO FORMAZIONE	Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	L'informatizzazione costituisce un'evoluzione della Cartella Clinica Cartacea quale strumento per la gestione organica e strutturata dei dati di un paziente favorendo la continuità di cura del paziente.	Standardizzare alcuni passaggi fondamentali del percorso assistenziale. Utilizzo di linguaggio professionale scientifico condiviso. Ottimizzare la gestione dei dati sanitari
SERVIZIO FORMAZIONE	Il ruolo del referente per la formazione aziendale	Aggiornamento delle conoscenze e delle competenze dei referenti nei processi della formazione aziendale	Il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze finalizzate alla crescita professionale dei singoli e dell'organizzazione.
SERVIZIO FORMAZIONE	Ricerca e sperimentazione sui farmaci: ruolo dei MMG	Aggiornamento delle conoscenze e normative sulla ricerca dei farmaci	Aggiornamento dell'albo dei medici di medicina generale ricercatori
SERVIZIO ISPETTIVO AZIENDALE	La Cartella clinica: Linee guida di compilazione	Aggiornamento sulle Linee guida per la compilazione della cartella clinica	Ridurre gli errori nella compilazione della cartella clinica
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Sicurezza sui luoghi di lavoro per Datori di Lavoro	Adempimenti ex art. 37 D.Lgs. 81/08. Formazione obbligatoria per la sicurezza sui luoghi di lavoro.	Formazione degli operatori per la sicurezza sui luoghi di lavoro.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Sicurezza sui luoghi di lavoro RR.LL.SS.	Adempimenti ex art. 37 D.Lgs. 81/08. Formazione obbligatoria per la sicurezza sui luoghi di lavoro.	Formazione Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sui luoghi di lavoro.

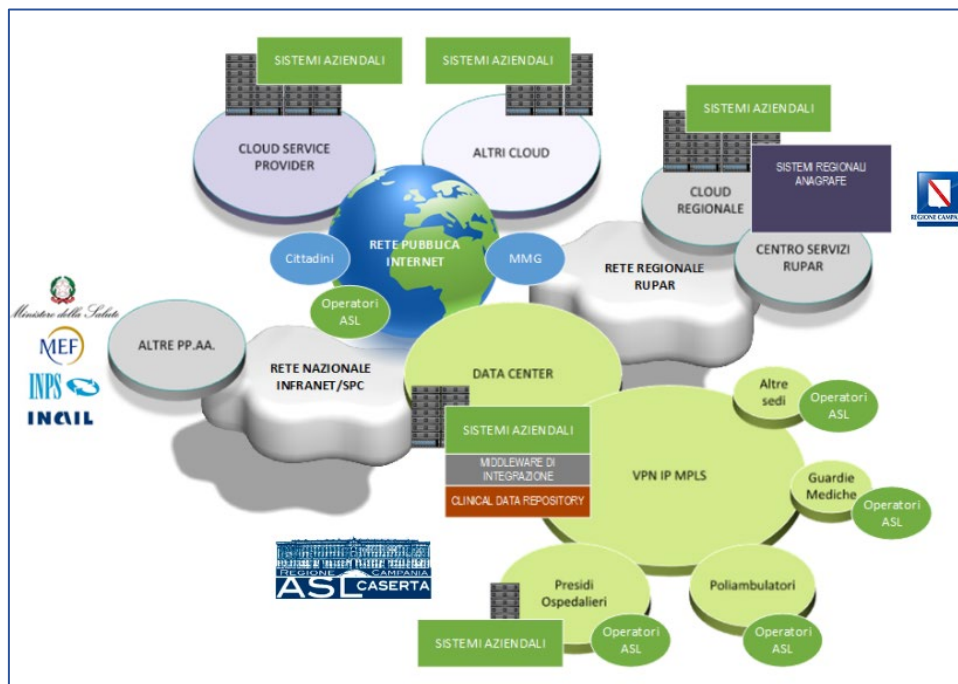
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	La formazione dei Preposti	Conoscere i rischi per svolgere in sicurezza i processi interni all'Azienda	Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 Dicembre 2011
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Sicurezza sui luoghi di lavoro per i lavoratori	Adempimenti ex art. 37 D.Lgs. 81/08. Formazione obbligatoria per la sicurezza sui luoghi di lavoro.	Formazione dei lavoratori per la sicurezza sui luoghi di lavoro.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	La sicurezza dei lavoratori e la comunicazione tra operatori e utenti di Pronto Soccorso e delle aree dell'emergenza/urgenza	Fornire agli operatori strumenti teorici e cognitivi, per affrontare le emergenze nel contesto del sovraffollamento e della carenza di personale del Pronto Soccorso	Garantire la sicurezza degli operatori delle aree dell'emergenza/urgenza migliorando la circolazione delle informazioni e modelli di comportamento che favoriscono il rapporto di fiducia tra gli attori coinvolti (medici, infermieri e operatori del 118, volontari, familiari presenti in sala d'attesa)
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Corso per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato	Aggiornamento alla normativa ex art. 43 comma3 del D.Lgs 81/08	Idoneità tecnica per gli operatori addetti antincendio a rischio di incendio elevato
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	La sicurezza dei lavoratori e la comunicazione con gli utenti	Formazione ex art.37 D.Lgs.81/2008 per i lavoratori dell'ASL Caserta che svolgono esclusivamente attività amministrative e/o a contatto con pubblico: addetti allo sportello CUP, attività di front office	Garantire la sicurezza degli operatori a contatto con il pubblico
SERVIZIO PROVVEDITORATO	Nuovo codice degli appalti	Aggiornamento normativo con particolare riferimento alle procedure sopra soglia comunitaria	Formazione sul nuovo codice degli appalti
SERVIZIO PROVVEDITORATO	Aspetti operativi negli appalti	Aggiornamento su: subappalto, revisione prezzi, verifica costi mano d'opera, accesso atti, verifica offerta anomala.	Formazione specifica per il personale afferente l'ufficio gare
SERVIZIO PROVVEDITORATO	Le procedure di acquisto sotto soglia comunitaria e gli acquisti economali	Aggiornamento normativo	Utilizzo della piattaforma MEPA per RDO
SERVIZIO PROVVEDITORATO	Formazione per l'utilizzo piattaforma SAP	Aggiornamento normativo: contratti e liquidazioni	Formare il personale neo assunto al corretto utilizzo delle piattaforme gestionali in dotazione all'Azienda e favorire l'informatizzazione dei processi
SERVIZIO QUALITA' E RISK MANAGEMENT	Strumenti per lo sviluppo per la sicurezza in azienda, definizioni e applicazione pratica dei principi e concetti del rischio clinico	Formazione dei neoassunti e aggiornamento degli operatori strutturati nell'utilizzo dei un linguaggio comune e condiviso	Implementazione della cultura sul risk management e sicurezza delle cure

SERVIZIO QUALITA' E RISK MANAGEMENT	L'audit interno come strumento di miglioramento continuo	Uniformare e omogeneizzare le procedure in maniera interattiva verso la certificazione di qualità	Approfondire le normative sui sistemi di gestione aziendali e in particolare sugli audit di un sistema di gestione
SERVIZIO TECNOLOGIE SANITARIE E SERVIZIO TELECOMUNICAZIONI	Processi base per attività manutentive, collaudi di accettazione e verifiche di sicurezza elettrica	Formazione del personale neoassunto e già in forza per le attività di manutenzione e gestione delle apparecchiature elettromedicali ed impianti elettrici	Inquadrare il panorama legislativo per affrontare correttamente la problematica delle prove di sicurezza
SERVIZIO TECNOLOGIE SANITARIE E SERVIZIO TELECOMUNICAZIONI	La gestione degli acquisti sottosoglia sul MEPA alla luce dei nuovi obblighi di digitalizzazione dei contratti pubblici	Formazione del personale sul ciclo di vita digitale dei contratti pubblici	Analizzare la disciplina del ciclo di vita digitale dei contratti pubblici tenendo conto delle differenti tipologie di affidamento
SERVIZIO TECNOLOGIE SANITARIE E SERVIZIO TELECOMUNICAZIONI	Il procedimento di affidamento di appalti di servizi e forniture alla luce delle novità del codice degli appalti	Approfondimento della normativa del codice degli appalti	Individuare gli aspetti operativi di maggiore importanza per adottare le soluzioni delle criticità
U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. SESSA AURUNCA	ATLS - Advanced Trauma Life Support	Gestione del paziente traumatizzato nel setting ospedaliero	Uniformare le procedure di assistenza in urgenza
UO CARDIOLOGIA PO S. MARIA C.V.	Appuntamenti formativi personale infermieristico: il ruolo dell'infermiere in elettrostimolazione	Addestramento dell'infermiere in sala di elettrostimolazione e in ambulatorio e nel monitoraggio remoto	Promuovere la pratica infermieristica nell'attività di elettrostimolazione
UO CARDIOLOGIA PO S. MARIA C.V.	Basik skills in elettrostimolazione	Formazione di base del medico in sala di elettrostimolazione	Promuovere la conoscenza di base dell'elettrostimolazione
UO CARDIOLOGIA PO S. MARIA C.V.	Advanced skills in elettrostimolazione	Formazione Avanzata del medico in sala di elettrostimolazione	Promuovere la conoscenza avanzata dell'elettrostimolazione
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA PO AVERSA	Emergenza in sala parto: la partoanalgesia	Aggiornamento delle pratiche di sala parte nelle emergenze ginecologiche	Implementare la partoanalgesia nelle emergenze ginecologiche
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA PO AVERSA	La chirurgia ginecologica mininvasiva	Aggiornamento sulle pratiche endoscopiche ginecologiche	Formare personale infermieristico, ostetrico e medico all'utilizzo delle apparecchiature con tecniche innovative
UOC NEUROLOGIA PO AVERSA	Ictus ischemico: Percorso extra ed intraospedaliero	Gestione del paziente con ictus ischemico dalla diagnosi alla riabilitazione	Riduzione degli esiti da ictus ischemico
UOC PEDIATRIA PO AVERSA	Buone pratiche nei primi 1000 giorni di vita: la lettura condivisa	Implementare il programma nazionale "Nati per leggere"	Acquisizione di conoscenze e competenze necessarie a promuovere la lettura quale strumento dello sviluppo psicologico del bambino nei primi anni di vita

UOC PEDIATRIA PO SESSA AURUNCA	Corso di rianimazione neonatale	Rianimazione neonatale in sala parto	Formare il personale medico ed infermieristico ad eseguire una corretta ed efficace rianimazione neonatale in sala parto
UOC PEDIATRIA PO MARCIANISE	Triage Pediatrico	Aggiornamento sulle linee di triage e del percorso di presa in carico pediatrico in pronto soccorso	Adozione del modello aggiornato di triage pediatrico
UOC PEDIATRIA PO MARCIANISE	Accessi vascolari ecoguidati nel bambino	Formazione sul posizionamento di catetere vascolare per la terapia farmacologica, nutrizione parenterale parziale, idratazione in età pediatrica	Applicazione degli strumenti di ecoguida nel posizionamento di cateteri vascolari in età pediatrica
UOC PEDIATRIA PO MARCIANISE	Asfissia perinatale: inquadramento e gestione	Sviluppo delle competenze da parte di pediatri e infermieri nella valutazione del neonato con possibile danno cerebrale	Acquisizione di competenze nella valutazione e gestione dei neonati a rischio
UOC PEDIATRIA PO MARCIANISE	Il ruolo dell'ostetrica nell'assistenza del neonato alla nascita	Sviluppo delle competenze da parte del team multidisciplinare	Acquisizione di competenze da parte dell'ostetrica in sala parto e in sala operatoria
UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Ruoli chiave e misure di sicurezza nell'attività di trattamento dei dati. Informativa e consenso	Art. 29 e 32 del Reg. UE 679/2016	Formazione Privacy rivolta a tutti i dipendenti, collaboratori e convenzionati quale misura di sicurezza obbligatoria.
UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Privacy e trasparenza nella P.A.	Art. 29 e 32 del Reg. UE 679/2016	Formazione Privacy rivolta a tutti i Dirigenti delle UUOOC.
UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	La disciplina del Whistleblowing e il codice di comportamento dei dipendenti	Aggiornamento normativo Regolamento e tematiche dell'etica e della legalità (obbligo normativo di cui al PIAO)	Rivolto a tutti i dipendenti, collaboratori e convenzionati
UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Prevenzione della corruzione-Codice di comportamento	Conoscenza del Codice di Comportamento aggiornato nel 2024(Obbligo normativo di cui al PIAO)	Rivolto a tutti i Dirigenti delle UUOOC

11. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (art. 2, comma 594, lettera a), legge 244/2007

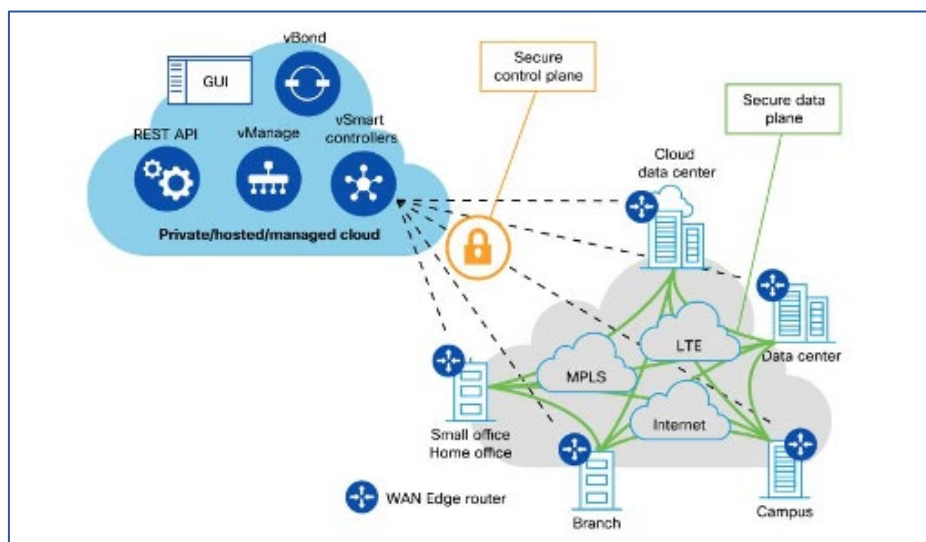
Fig.111: ASL Caserta – Sistema Informativo



Sistema Informativo Aziendale

- Anagrafe assistiti
- CUP e Riscossione Ticket
- Trattamento economico del Personale Dipendente
- Trattamento Economico del Personale Convenzionato
- Trattamento Giuridico del Personale
- Contabilità Finanziaria ed Economica
- Controllo di Gestione
- Gestione Ordini e Magazzini
- Gestione Presenze
- Portali aziendali
- LIS, Laboratory Information System
- RIS, Radiology Information System
- Protocollo Generale
- Accettazione Ospedaliera
- Gestione ricoveri e trasferimenti
- Triage e Pronto soccorso
- Ufficio SDO
- Delibere e determine
- Cartella Clinica Informatizzata
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Datawarehouse e sistemi di BI

Fig.112: Data Center Wide Area Network



Sicurezza Informatica e aderenza al GDPR

- Gestione, verifica della conformità e miglioramento della sicurezza dei dati aziendali
- Monitoraggio continuo, gestione dei rischi e mitigazione degli attacchi informatici
- Gestione e definizione delle Politiche di sicurezza ICT aziendali
- Gestione, progettazione e realizzazione dell'infrastruttura aziendale di sicurezza perimetrale
- Gestione della protezione dei sistemi aziendali di information technology
- Gestione, progettazione e realizzazione impianti tecnologici aziendali
 - Impianti antintrusione e verifica degli accessi fisici
 - Impianto di alimentazione elettrica e di emergenza (Sistemi UPS)
 - Impianto di termici per il condizionamento dei locali tecnici
 - Impianto antincendio
- Gestione, progettazione e realizzazione degli impianti aziendali per il Disaster Recovery e per la Business Continuity
- Gestione, progettazione e realizzazione dei sistemi aziendali di backup e di ripristino funzionale
- Gestione, progettazione dei sistemi di sicurezza e prevenzione intromissione informatica
- Gestione e progettazione della rete geografica WAN aziendale
- Procedure di acquisizione di beni e servizi annessi alla Sicurezza ICT

Fig.113: Data center – Sistemi di ridondanza e replica

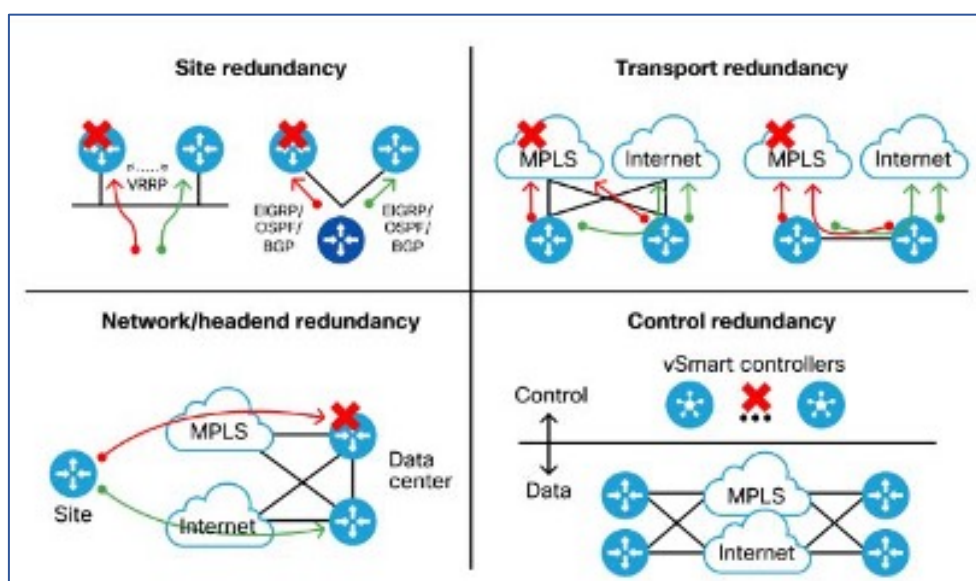


Fig.114: Data center – Sistemi di sicurezza

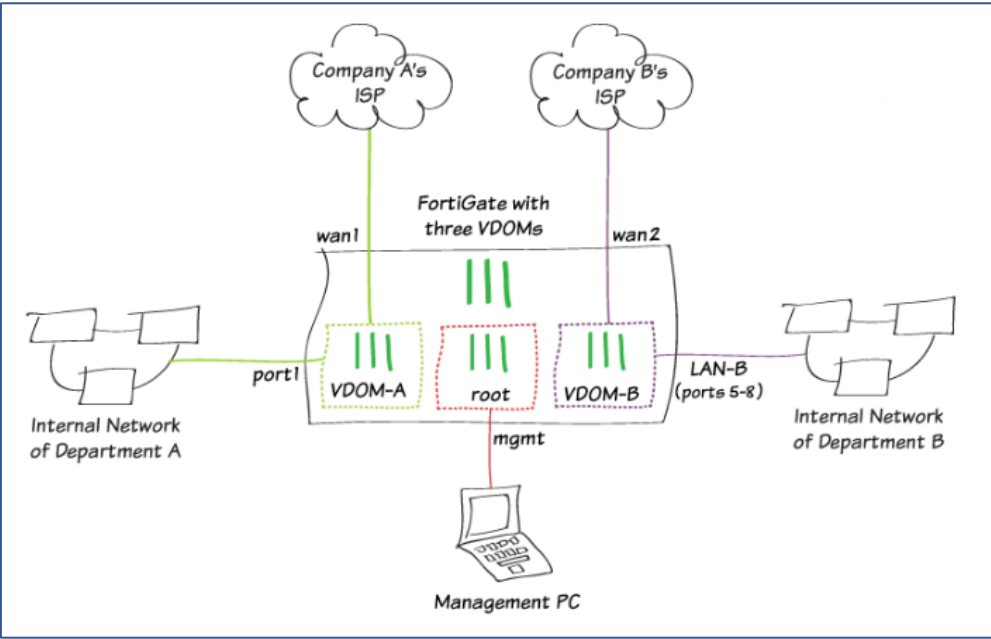


Fig. 115-Obiettivi Sicurezza Informatica – Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR

Sicurezza Informatica

Obiettivi

Sicurezza Informatica

- Incrementare il livello generale di Resilienza dell'Amministrazione secondo il paradigma sulla Cybersecurity indicato dal NIST
- Garantire la protezione del patrimonio informativo e, quindi, la sicurezza dei dati informatici e dei processi aziendali

La Cyber Security si basa sempre su **tre principi fondamentali** che devono essere ricercati in ogni soluzione di sicurezza:

1. CONFIDENZIALITÀ

Offrire confidenzialità vuol dire garantire che dati e risorse siano preservati dal possibile utilizzo o accesso da parte di soggetti non autorizzati. La confidenzialità deve essere assicurata lungo tutte le fasi di vita del dato: dal suo immagazzinamento, durante il suo utilizzo o il suo transito lungo una rete di connessione.

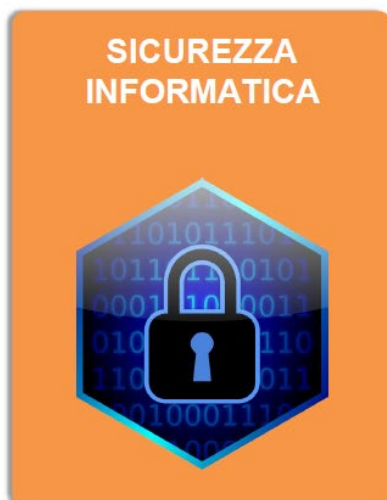
2. INTEGRITÀ

L'integrità, o meglio la capacità di mantenere la veridicità dei dati e delle risorse e garantire che non siano in alcun modo modificate o cancellate, se non ad opera di soggetti autorizzati.

3. DISPONIBILITÀ

La disponibilità si riferisce alla possibilità, per i soggetti autorizzati, di poter accedere alle risorse di cui hanno bisogno per un tempo stabilito e in modo ininterrotto. Ciò significa impedire che avvengano interruzioni di servizio e garantire che le risorse infrastrutturali siano pronte per la corretta erogazione di quanto richiesto.

Ambito di Intervento



1 - Security Operation Center:

- **Monitoraggio in tempo reale** dell'infrastruttura IT e di Sicurezza;
- Raccolta centralizzata e attraverso canali cifrati (SSL) dei log e degli eventi;
- **Correlazione tra eventi diversi raccolti dal SIEM.**

2 - Protezione degli EndPoint:

- **Protezione** dei dispositivi mediante **sistemi antimalware** (antivirus, antispyware);
- **Trasmissione di eventi e log alla funzionalità di SIEM;**
- **Monitoraggio continuo** delle minacce avanzate e protezione da malware basati su file e senza file.

3 - Supporto Specialistico Cybersecurity:

- **Supporto Specialistico per attività di sicurezza** sui connettori informativi e sulla ricerca delle informazioni distribuite all'interno dell'organizzazione aziendale dell'ASL ai fini della corretta alimentazione (con dati riservati) del Cruscotto Direzionale per il monitoraggio degli indicatori previsti dal Sistema Sanitario Regionale a supporto delle decisioni della Direzione Strategica;
- **Servizi di Supporto Specialistico** per la gestione in sicurezza del sistema di monitoraggio relativo alla gestione della pianificazione e redazione del budget aziendale.

Fig. 116-Obiettivi Sicurezza Informatica – Ambito di intervento-Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR

Principali attività



- Gestione e monitoraggio dei servizi di sicurezza
- Analisi di reportistica e log
- Definizione priorità per i processi di risoluzione e/o mitigazione delle minacce.

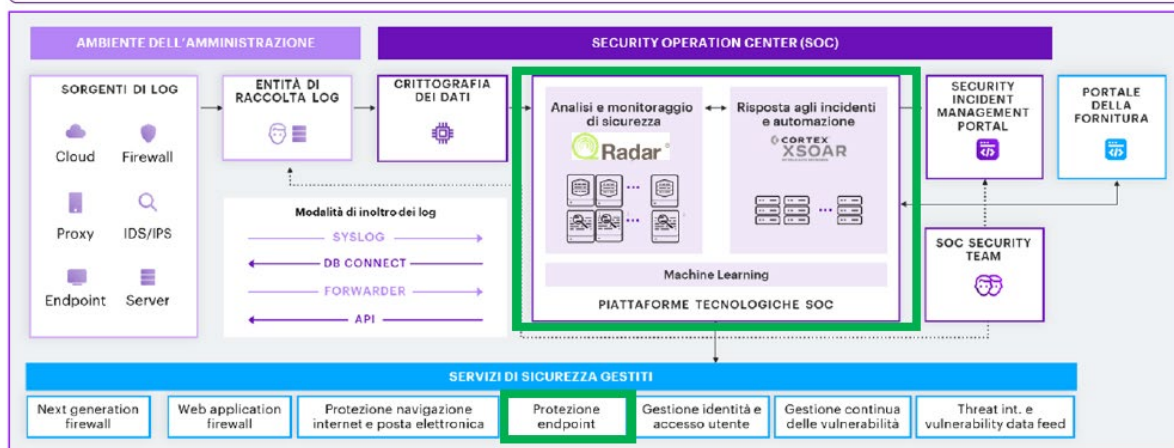


Fig. 117-Obiettivi Sicurezza Informatica – Principali attività- Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR



Fig. 118-Obiettivi Sicurezza Informatica – Risultati attesi- Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR

Data Center - Centro Elaborazione Dati (CED)

- Acquisizione di beni e servizi annessi alla realizzazione del CED
- Gestione, progettazione e realizzazione impianti tecnologici
- Gestione, progettazione e realizzazione sistemi hardware e software ad alta affidabilità
- Gestione, riorganizzazione e ottimizzazione dei consumi energetici.

Tab.148

Macro Struttura	POSTAZIONI (PC+Monitor+ Stampante)	Scanner	Tablet	TOT.
Aree Funz.li/Organ.ve Dipar.ti/ Dist.li	6	2		8
Dipartimento delle Dipendenze	48	5		53
Dipartimento di Prevenzione	99	1	10	110
Dipartimento di Salute Mentale	40	5	1	46
Distretto 12	426	46		472
Distretto 13	310	50		360
Distretto 14	333	49		382
Distretto 15	103	4		107
Distretto 16	335	26		361
Distretto 17	562	62		624
Distretto 18	80	13		93
Distretto 19	77	1		78
Distretto 20	102	12		114
Distretto 21	219	23		242
Distretto 22	153	18		171
Distretto 23	165	6	1	172
Farmacia Territoriale	3			3
Istituti Penitenziari	5	4		9
Ospedale di Comunità di Teano	18	1		19
PO Aversa	185	20		205
PO Maddaloni	24	3		27
PO Marcanise	52	14		66
PO Piedimonte	393	33		426
PO San Felice a Cancellio	45	18		63
PO Santa Maria Capua Vetere	71	5		76
PO Sessa Aurunca	121	8		129
Servizi Centrali e di supporto	805	226	28	1.059

12 Monitoraggio

In questa sezione vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

12.1 Aree di competenza, monitoraggio

Tab.149

Macrostruttura	Unità Operative	Obiettivi	Indicatori	Tempi Monitoraggio
PO Moscati Aversa	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2024	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO S Rocco Sessa A	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2024	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO Maddaloni	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2024	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO Dott. Guerriero Marcianise	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2024	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO S Felice a C	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2024	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO S Maria C V	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2024	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO Piedimonte M	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2024	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 12-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematci	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 13-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 14-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 15-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 16-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 17-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 18-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 19-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 20-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 21-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 22-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 23-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici, NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Dip.Prevenzione	Tutti i Serv.Dipartiment.	Ob_Dip-Prev	Specifici	31/3/30/6/30/9/31/12
Prev.Collettiva	UUOOPC e Serv. Centr.	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Specifici	31/3/30/6/30/9/31/12
Veterinaria	UOV e Serv.centrali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Specifici	31/3/30/6/30/9/31/12
Med Lavoro	UO Centrali e Distrett	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Specifici	31/3/30/6/30/9/31/12
Dip.Dip.Patologiche	UUOO SER.D	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici Spec.	31/3/30/6/30/9/31/12
Dip.Salute Mentale	UUOO Distrettuali	Ob_Dis_2024-Ob.Tematici	Tematici Spec.	31/3/30/6/30/9/31/12

Tab.150

Indicatore di risultato	Strumenti e Resp. Monitoraggio		Scadenze			
Obiettivo						
1-Vaccinazione esavalente (1)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
2-Vaccinazione	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
3-Vaccinazione	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
4-Screening Ca	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
5-Screening Ca	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
6-Screening Ca del	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24

<i>Indicatore di risultato</i>	<i>Strumenti e Resp. Monitoraggio</i>		<i>Scadenze</i>			
7-Statistica CIA	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
8-Statistica CIA	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
9-Statistica CIA	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
10-Incremento Attività	Portale	CUP Regionale	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
11- Fascicolo Sanitario	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	Mensile	Mensile	Mensile	Mensile
12-Copertura % ambulatori della	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
13- Supporto Attività Vaccinale	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
14-Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati,Riabilita	Relazione	Dir.Distretti e C.di G.	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
15-Corretta gestione delle procedure della Privacy	Relazione	Dir.Distretti e C.di G.	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
16-Prevenzione della corruzione-	Relazione	Dir.Distretti e C.di G.	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
17-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale	Soft.Soresa	SO.RE.Sa	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
18-Attività di controllo sulla spesa farmaceutica convenzionata con	Relazione	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
19-Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e	Software Regionale	Ser.CUP/DS	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
20-Presa in carico nei nuclei e nei Servizi Territoriali di neuropsichiatria	Software Spec.	Direzione Aziendale	31/3/23	30/6/23	30/9/23	31/12/23
1-Ricoveri ordinari	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
2-Giornate di	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
3-Degenza media	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
5-Peso medio	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
6-Indice di	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
7-Ricoveri in day	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
8-Ricoveri ripetuti	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
9-Ricoveri per Asma	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
10-Ricoveri per	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
11-Ricoveri per	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
12-Ricoveri per	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
13-Ricoveri per	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
14-DH Diagnostici	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
15-DH Medici	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
16-Chiusura SDO in	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
17-Degenza pre-	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
18-% Parti cesarei	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
19-% Ricoveri oltre	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
20-% Ricoveri	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
21-% Frattura	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
22-Governo delle	Soft. Regionale	Soresa	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e	Soft.Soresa	Soresa	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
24-Adempimenti previsti nella	Relazione	DS PPOO e C.di G.	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
25- Adempimenti Privacy	Relazione	DS PPOO e C.di G.	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
26-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio	Software Spec.	S. Qualità	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24

<i>Indicatore di risultato</i>	<i>Strumenti e Resp. Monitoraggio</i>		<i>Scadenze</i>			
27- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE-28-Corretta gestione amministrativa e 29-Obiettivi Prevenzione della Corruzione (schede 1-19)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
30-Obiettivi per la trasparenza (schede 1-7)	Analisi Report	Dip.Programmazione -Settore Mobilità	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
31-Obiettivi per la Privacy (schede 1-7)		RPC	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
	Portale	RT	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24
		Ref. Privacy	31/3/24	30/6/24	30/9/24	31/12/24

Tab.151

<i>Obiettivi istituzionali</i>	<i>Strumenti e modalità del controllo</i>	<i>Competenza</i>	<i>Frequenza</i>
Il Paziente in età pediatrica	Portale Aziendale	Dir.Distretti e Area di Coordinamento	Semestrale
La fase pre-concezionale	Portale Aziendale	Dir.Distretti e Area di Coordinamento	Semestrale
La fase prenatale	Portale Aziendale	Dir.Distretti e Area di Coordinamento	Semestrale
La tutela della nascita	Portale Aziendale	Dir.Distretti e Area di Coordinamento	Semestrale
Il Paziente cronico e/o fragile	Portale Aziendale	Dir.Distretti e Area di Coordinamento	Semestrale
Area delle cure palliative, non autosufficienti -Anziani-Ass. Domiciliare	Portale Aziendale	Dir.Distretti e Area di Coordinamento	Semestrale
Salute Mentale	Sist.Inf.Salute Mentale	Direzione Dipartimentale	Semestrale
Disturbi del neuro sviluppo dell'età evolutive	Portale Aziendale	Direzione Aziendale	Semestrale
Dipendenze patologiche	Sistema Inf.Dip.Pat	Direzione Dipartimentale	Semestrale
Il paziente oncologico e la prevenzione malattie oncologiche	Portale Aziendale	Coord.Screening	Semestrale
Area del Dipartimento di Prevenzione	Portale Aziendale	Direzione Dipartimentale	Semestrale
Sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale	Software spec.	Direzione Dipartimentale	Semestrale
Prevenzione malattie croniche non trasmissibili	Portale Aziendale	Direzione Dipartimentale	Semestrale
La politica del Farmaco	Portale Aziendale	SErv.C.di G.e Dip.Farmaceutico	Trimestrale
La gestione delle liste di attesa e del CUP	CUP Reg/Soresa	Direzione San.Aziendale	Trimestrale
Il Governo dell'offerta e dell'appropriatezza prescrittiva	Portale Aziendale	CdG e Direzione Sanitaria	Trimestrale
Obiettivi di riorganizzazione	Relazione	Direzione Aziendale	Semestrale
La comunicazione sanitaria	Relazione	URP	Semestrale
Obiettivi economici	SAP -Siac	S.Economico Finanziar.	Trimestrale
Obiettivi gestionali	Portale Aziendale	C.di Gestione	Trimestrali
Obiettivi del Sistema di garanzia (NSG)	Portale Aziendale	C.di Gestione	Trimestrali
Obiettivi per il contenimento dell'infezione Covid 19	Portale Aziendale	Direzione Sanitaria	Trimestrali
Obiettivi del Sistema di garanzia (NSG)	Portale Aziendale	C.di Gestione	Trimestrali
Obiettivi per il contenimento dell'infezione Covid 19	Portale Aziendale	Direzione Sanitaria	Trimestrali

12.2 Monitoraggio misure anticorruzione e indicatori di monitoraggio

Tab.152: Mis.1 - Misure di contrasto da Rischi di rilevanza derivanti dal contesto esterno alla ASL di Caserta

<i>Rischi esterni di rilevanza per l'ASL Caserta</i>	<i>Misure di contrasto</i>
--	----------------------------

Infiltrazioni camorristiche e nelle procedure di affidamento ed esecuzione di contratti pubblici; Pressioni provenienti da soggetti appartenenti alle cosche camorristiche ovvero da soggetti appartenenti a lobbies; Possibili condotte agevolative in favore di dipendenti dell'ASL autori di condotte aventi rilevanza penale.	• Verifiche e controlli Antimafia; • Patto di Integrità
--	--

Tab.153: Mis.2 - Programmazione-Progettazione degli Adempimenti previsti dal codice di Condotta

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Codice di comportamento aziendale	Monitoraggio del Codice	Direttori U.O.C./UPD	In essere	Report sulle risultanze del monitoraggio	Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice
		Dirigenti/RPCT	Entro gennaio 2024		
	Formazione	Formazione/RPCT	Entro il 20 Novembre di ogni anno	Scheda di rendicontazione Formazione	
		Dirigenti/RPCT			
	Avvisi al personale	Dirigente U.O.C. GRU	Ad evento	Avviso sul sito	
		RPCT		Corsi Formazione	

Tab.154: Mis.3 - Programmazione delle misure di Rotazione del Personale

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Rotazione ordinaria del personale	Definire e Aggiornare Regolamento della Rotazione del Personale	RPCT (impulso) Direzione strategica U.O.C. GRU Direttori e Dirigenti interessati dalla misura	Entro Settembre 2024	N. di dirigenti e funzionari per i quali è stata applicata la rotazione	Verifica di operatività della rotazione del personale nei tre anni (Riferimento alle schede rischi e alle misure di mitigazione con le relative percentuali di attuazione)
Rotazione Straordinaria del personale	Monitoraggio e verifica rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva,	RPCT/UPD Direttori e dirigenti interessati alla misura	Ad avvenimento	Verifica e monitoraggio degli eventi con cadenza annuale (Dicembre 2024-'25 e '26)	Verifica operatività della rotazione straordinaria dei casi esaminato

Tab.155: Mis.4 - Programmazione delle misure di conflitti di interesse

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi	Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (Dirigenza, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane RPCT (impulso)	Contestuale alle nomine e agli incarichi	Dichiarazione resa dall'interessato Risultanze della U.O.C. GRU e monitoraggio e controllo sulla veridicità delle dichiarazioni nei tre anni	Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi"

Tab.156: Mis.5 - Programmazione obblighi di Astensione in caso di Conflitti di Interesse

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Conflitti di interesse	Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse negli atti di attribuzione degli incarichi	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine e agli incarichi	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi	Verifica a campione (Vedi schede rischi all.2)
	Aggiornamento degli schemi delle dichiarazioni standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di conflitti di interesse che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto di lavoro	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine e agli incarichi	Aggiornamento dello schema di dichiarazione	Facilitazione ed efficacia dei controlli con frequenza e percentuali definite nelle schede di rischio (All.2)

	Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	RPCT (impulso e coordinamento)	Entro dicembre 2024 con revisioni annuali	Avvenuta adozione della Procedura	Verifica a campione (Vedi schede rischi all.2)
--	---	--------------------------------	---	-----------------------------------	--

Tab.157 Mis.6 - Programmazione dell'Attività Formativa 2024

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Formazione di livello generale	Formazione e-learning e/o frontale di livello generale, verso tutti i dipendenti dell'ASL, in particolare dei nuovi assunti e /o stabilizzati dall'anno 2020 della durata di 4 ore sui temi dell'etica, dell'integrità (Disciplina anticorruzione e Trasparenza, PIAO, Codice di comportamento, Whistleblowing)	Dirigente responsabile della formazione	Entro Dicembre 2024	Espletamento del percorso formativo.	Sensibilizzazione del personale sui temi trattati
		RPCT (selezione del personale interessato)	Completamento delle sessioni del corso di Formazione avviato nel 2023 nuovi corsi per il 2024 come da piano di formazione	Attestazione di partecipazione	
Formazione di livello specifico Referenti, Dirigenti, P.O. e personale selezionato dal RPCT in relazione alla rischiosità dell'Area di appartenenza (Area sanitaria e PTA)	Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico (nuovi ingressi e settori selezionati)		Inizio del Nuovo corso 2024		Aggiornamento del personale coinvolto
					Maggiore padronanza degli strumenti per l'attuazione del
					PTPCT

Tab.158: Mis.7- Programmazione Misure di Pantouflage

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)	Dichiarazione nei bandi di gara e/o incarichi da parte dei contraenti di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 c,16ter D.lgs. 165/01	Dirigenti delle UO: - Gestione del Patrimonio Immobiliare; - UOC STM; - UOC GRU; - UOC Tecnologie Sanitarie; - UOC Provveditorato; - UOC CIG e S.I.	Contestuale alla definizione delle Gare	Risultanze dell'audit del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard	Intensificazione dei controlli
	Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Contestuale alle nomine	Verifiche a campione con % definita nelle schede rischi	Copertura del 100% nei contratti e nelle note di pensionamento
	Flussi informativi verso il RPCT	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	Monitoraggio trimestrale
	Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro e nelle dichiarazioni di dimissione	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Dichiarazione archiviata	Monitoraggio periodico

Tab.159: Mis.8 - Programmazione misure Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)	Dichiarazione nei bandi di gara e/o incarichi da parte dei contraenti di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 c,16ter D.lgs. 165/01	Dirigenti delle UO: - Gestione del Patrimonio Immobiliare; - UOC STM; - UOC GRU; - UOC Tecnologie Sanitarie; - UOC Provveditorato; - UOC CIG e F.I./UOC Tecnologie Informatiche	Tempestivo	Risultanze dell'audit del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
	Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Contestuale alle nomine		
	Flussi informativi verso il RPCT	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni
	Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Dichiarazione archiviata	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni

Tab.160: Mis.9 - Programmazione delle misure di Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Inconferibilità e Incompatibilità (D.lgs. 39/2013)	Inserimento delle cause di inconferibilità e incompatibilità negli atti di attribuzione degli incarichi	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane ,RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni
	Aggiornamento degli schemi delle dichiarazioni standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane, RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine	Aggiornamento dello schema di dichiarazione	Facilitazione ed efficacia dei controlli
	Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	U.O.C. Affari generali RPCT (impulso e coordinamento)	Entro Giugno 2024	Avvenuta adozione della Procedura	Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni

Tab.161: M10- Programmazione misure Forniture Farmaci e Presidi

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Frequenza monitoraggio	Indicatore di monitoraggio
Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi	Direttori U.O.C. /Servizi Farmacie Provveditorato, PP.OO, Distretti Dipartimenti	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
			Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico)
			Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
			Proroghe e rinnovi sul totale affidamenti (quantità e valore).

Tab.162: Mis.11 - Programmazione misure Servizi Esternalizzati

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Frequenza monitoraggio	Indicatore di monitoraggio
Monitoraggio Servizi esternalizzati	Direttori U.O.C. Provveditorato, Settore Tecnologie Informatiche Direzione PP.OO, Direzione Distretti Dipartimenti Tecnologie sanitarie Serv. Tecnico Manutentivo Patrimonio	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
			Affidamenti tramite MEPA/affidamenti complessivi (quantità e valore)
			Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
			n. indagini MEPA per la stessa tipologia di servizio/fornitura per anno
			Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte agg.
			N. Gare MEPA con valore di poco inferiore a 40.000 euro/indagini MEPA complessive
			Numero di affidamenti sotto soglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia
			Percentuale di gare con un'unica offerta valida
			Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale

Tab.163: Mis.12 - Programmazione misure Acquisto Materiali Economici

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Frequenza monitoraggio</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Acquisto Materiale Economale	Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti	Semestrale	2024-2025-2026	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
				Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
				Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie
				Percentuale di gare con un'unica offerta Valida

Tab.164: Mis.13 - Programmazione misure Acquisto materiale Hardware- Software

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso	Direttori U.O.C. Provveditorato, UOC Tecnologie Informatiche	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
			Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
			Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie
			Percentuale di gare con un'unica offerta Valida
			Numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero di acquisti totali

Tab.165: Mis.14 - Programmazione misure Area Tecnologie Sanitarie

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Acquisti dell'Area delle Tecnologie Sanitarie	Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
			Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
			Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie
			Percentuale di gare con un'unica offerta Valida

Tab.166: Mis.15 - Programmazione misure Area Tecnica Manutentiva

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica	Direttori U.O.C. Provveditorato STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO.	Semestrale	Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo
			Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando.
			Analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sotto soglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara.

Tab.167: Mis.16 - Programmazione misure selezione del Contraente

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Selezione del Contraente	Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti	Semestrale	Conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta
			Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale.

Tab.168: Mis.17 - Programmazione misure Esecuzione del Contratto

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Esecuzione del Contratto	Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie	Semestrale	Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati.
			Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi.

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
	Distretti, PP.OO. Dipartimenti		Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi

Tab.169: Mis.18 - Programmazione misure Gestione del Patrimonio

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione del Contratto	Direttori U.O.C. Patrimonio	Semestrale	Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati.
			Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi.
			Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi

Tab.170: Mis.19 - Programmazione misure Gestione Pagamenti

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Gestione dei pagamenti	Direttori U.O.C. Provveditorato; Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti Controllo Case di cura e centri privati accreditati	Semestrale	La piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito della trasparenza della programmazione dei pagamenti in rigoroso ordine cronologico; la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse; la rotazione dei funzionari proposti

Tab.171: Mis.20 - Programmazione misure di Reclutamento Personale

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Reclutamento del personale Incarichi e nomine	Direttore U.O.C. GRU	La verifica a campione delle autocertificazioni dei Commissari di Concorso in particolare art. 3 D.lgs. 39/13 va effettuata almeno ogni sei mesi con percentuali crescenti nei tre anni	Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle "Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018); Criteri di scelta di commissioni di concorso neutrali e competenti.

Tab.172: Mis.21 - Programmazione Misure ALPI

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica di attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
ALPI	Struttura di supporto ALPI	Verifica degli indicatori di monitoraggio con frequenza trimestrale sulla base dei dati rilevati dal CUP	1- numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe); 2-numero di prestazioni erogate in extra moenia rendicontate / rispetto ad una valutazione della particolare competenza e specializzazione del medico (valutazione soggettiva)

Tab.173: Mis.22 - Programmazione misure per le liste di attesa

<i>Area di Rischio</i>	<i>Processi</i>	<i>Tempistica di attuazione</i>	<i>Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026</i>
Liste d'attesa	Direttori U.O.C. . Dirigente UOSD ALPI	Verifica degli indicatori di monitoraggio con frequenza trimestrale sulla base dei dati rilevati dal CUP	Carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali; Garantire un'adeguata apertura ambulatoriale nei PP.OO. Applicazione del Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa. Corretta identificazione degli spec. che effettuano prestazioni ambulatoriali nell'ambito delle equipe ospedaliere.

Tab.174: Mis.23 - Programmazione misure Controlli nelle Strutture Accreditate

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Procedura</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Controlli nelle strutture accreditate	Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate	Delibera az.1155/2021	Verifica mensile sulla base delle linee guida definite in delibera	Numero controlli in situ di commissioni preposte; Confronto delle COM degli ultimi tre anni; Confronto dei Tetti di spesa negli ultimi tre anni per centro; Verifica del Nr. di Commissioni nominate per controlli in situ; Adozione di procedure interne relative ai controlli

Tab.175: Mis.24 per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Rilascio pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni di stabilimenti	Parere per riconoscimento stabilimenti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 10% delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP Rotazione del personale. Verifica conflitto di interesse
		Registrazione stabilimenti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 5% delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP Rotazione del personale. Verifica conflitti interesse
		Autorizzazione trasporto animali	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Regolamentazione intera. Verifiche e Controlli in merito alla corretta applicazione delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia da parte del Direttore di UOC. Rotazione del personale preposto all'istruttoria; Verifica conflitti di interesse
	Effettuazione di controlli ufficiali ed altre attività in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Azioni in caso di non conformità	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale	Regolamentazione interna Supervisioni/Controlli Rotazione del personale; Verifica conflitti di interesse
	Piani di Profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, infestive, diffuse e zoonotiche negli animali domestici e non	Ispezioni di legge Verifica documentazione e Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.	Regolamentazione interna. Verifiche e Controlli del corretto adempimento dei piani di profilassi da parte del Direttore di UOC sostanzianti in Report Semestrali Rotazione del personale; Trasparenza; Verifica conflitti di interessi

Tab.176: Ulteriori misure per la Veterinaria.

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione documenti, Educazione sanitaria	Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (mod.4 certificazioni avicunicoli)	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Verifica conflitto interessi. Rotazione personale addetto
	Attestazioni per trasporto animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto
	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. Omissione di rilievi	Rotazione del personale Supervisione da parte del Direttore UOC; Verifiche ispettive interne; Verifica conflitto di interesse

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
	Certificato per movimentazione extracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici; 3) Eccessiva discrezionalità del procedimento; 4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. 6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto

Tab.177: Mis.25 per l'area dell'assistenza distrettuale

Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Rilascio esenzioni ticket	Richiesta utente, verifica presupposti, rilascio esenzione	1) Indebito riconoscimento del diritto di esenzione ticket finalizzato a favorire determinati soggetti; 2) Interesse esterno; 3) Discrezionalità del processo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Scelta e revoca Medico: Medico Medicina Generale /Pediatra di Libera scelta	Richiesta utente	Mancanza di trasparenza nelle informazioni fornite all'utenza per la scelta del MMG e/o PLS	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse; 5) Misure di trasparenza; 6) Pubblicazione e aggiornamento sul Sito Aziendale dell'elenco dei MMG e PLS con n. scelte; 7) Attivazione scelta e revoca on line
Autorizzazione ed Erogazione diretta presidi ed ausili sanitari	Richiesta e acquisizione/verifica documentazione	Discrezionalità nell'autorizzazione/ prescrizione di dispositivi finalizzata ad ottenere indebiti vantaggi per sé o altri	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Prenotazione visite specialistiche / prestazioni consultoriali /ADI	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi
Autorizzazioni per ricoveri sanitari extraregione	Istanza utente, verifica documentazione autorizzazione	Elusione/Omissione di procedure e prescrizioni di Legge (Regionale e Nazionale) al fine di favorire determinati soggetti rispetto ad altri)	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Liquidazione / pagamenti / rimborsi: ausili, presidi e protesi, spese sanitarie, viaggio e alloggio, spese viaggio pazienti dializzati, ossigeno-terapia convenzionati esterni	Istanza/fattura, verifica presupposti, provvedimento liquidazione	Discrezionalità nella predisposizione degli atti con possibilità di favorire fornitori in mancanza di documentazione regolare. Omissione di controllo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa. Impropria riserva di posti	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi
Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 L.833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	Verifica documentazione autorizzazione	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri.	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse

Tab.178: Miss. 26- Programmazione misure Area Ospedaliera

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Riscossione ticket sanitari	Contabilità e registrazione proventi	Istruzione pratiche, valutazione recupero Pagamento prestazioni codice bianco Eventuale esonero	Non corretta o parziale applicazione della normativa vigente in materia o mancata notifica di recupero credito	Rotazione del personale - Verifiche periodiche
	Rendicontazione trimestrale cassa automatica			

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Front office CUP	Prenotazione visite ambulatoriali	Gestione accesso alle Prestazioni Gestione attività di prenotazione	1) Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; 2) Mancato rispetto della lista di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri (DH e Ordinari)	Rotazione del personale. Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative
	Prenotazione ricoveri Ordinari			
	Prenotazione ricoveri in D.H.			
	Prenotazione ricoveri DS			
Attività della direzione sanitaria dei PP.OO.	Compilazione turni di servizio	Pianificazione dei turni	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati dipendenti	Applicazione dei corretti canoni di turnazione previsti dai CC.NN.LL.; Rotazione del personale preposto alla redazione dei Turni. Verifica a campione da parte del DS
	Controllo qualità e quantità del vitto	Verifica periodica della qualità e quantità del cibo nei locali cucina del nosocomio	Omesso controllo/vigilanza o controlli parziali e non tempestivi	Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo
	Controllo qualità delle pulizie e gestione rifiuti ospedalieri	Verifica periodica del corretto deposito dei rifiuti ospedalieri e della loro rimozione	Omesso controllo/vigilanza	Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo
	Attività Libera Professionale Intramoenia (Ambulatoriale– Ricovero)	Individuazione degli spazi degli operatori Monitoraggio dei pagamenti	Omesso controllo/vigilanza	Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza mediante pubblicazione sul sito web aziendale dei dati sui tempi di attesa, aggiornati settimanalmente. Blocco sul sistema CUP che impedisce di utilizzare una ricetta più di una volta Monitoraggio dei pagamenti- Controlli a campione
Sperimentazioni farmacologiche	Sperimentazioni farmacologiche	Partecipazione di Medici a studi osservazionali sponsorizzati da industrie farmaceutiche	Elusione di norme e procedure di legge per favorire lo sponsor Possibile conflitto di interesse	Verifiche e controlli sul rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento aziendale Rotazione del personale. Verifica dichiarazione assenza di conflitto.
Attività della direzione sanitaria dei PP.OO.	Gestione agende ambulatoriali e monitoraggio liste di attesa	Tenuta ed aggiornamento delle Liste di attesa e delle agende ambulatoriali	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende ambulatoriali. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto
	Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preceduto da accessi ambulatoriali in libera professione	Tenuta ed aggiornamento delle Liste di attesa e delle agende di ricovero	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende di ricovero. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto
	Gestione contrattuale biancheria	Movimentazione biancheria	Possibile sottrazione di biancheria in reparto	Registro di carico e scarico informatizzato Verifiche e controlli periodici

12.3 Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio

(Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

Tab.179: Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2024-2026
Attività correlate al decesso in ospedale	Attività connesse al Decesso intraospedaliero	Gestione quotidiana decessi intraospedalieri	Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati (es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario)	Rotazione del personale sanitario, Obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso, Dichiarazione assenza conflitto di interessi Adozione di una procedura nella quale si specifica che: le ditte di onoranze funebri non possono e non devono accedere nelle camere mortuarie in assenza di incarico delle famiglie del deceduto.
Attività correlate ai referti di PS	Attività connesse ai referti di Pronto Soccorso	Attività dei Medici di Pronto Soccorso che refertano gli accessi non seguiti da ricovero	1) Manomissione del referto per accessi non seguiti da ricovero; 2) Induzione da parte degli utenti per frodare compagnie assicurative; 3) Valenza esterna; 4) Mancata rotazione del Personale per carenza di organico 5) Assenza di un registro cartaceo vidimato con numero di pagina certificati con assenza e/o carente verifica periodica da parte del Direttore Sanitario.	1) Obbligo di informatizzare il 100% dei referti ed in caso di blocco del sistema informatico attivare registro cartaceo con protocolli consecutivi ed orario; 2) Controlli periodici della Direzione Sanitaria sul registro sia informatico che cartaceo. 3) Rotazione del personale; 4) Obbligo di firma digitale

Tab.180: Mis.27 - Programmazione misure PTRI-Cogestori

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi
I PTRI le UVI ed i Cogestori	Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario	Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori Rotazione dei responsabili dei controlli	100 % controlli requisiti nel 2024/'25 e '26 Rotaz 30 % nel '24; 40% nel '25 e 30% nel '26
		N. dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per rapporti con i cogestori /Cooperative etc., / rispetto al n. di Dirigenti/Collaboratori partecipanti alle procedure di affidamento area socio-sanitaria e Dichiarazione Pantouflage	100% nei tre anni

Tab.181: Mis.28 - Programmazione misura Spesa Farmaceutica

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	obiettivi
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna	Direttori U.O.C., Professionisti (Specialistici ambulatoriali e dei PPOO), Farmacisti del Dipartimento Farmaceutico	N. dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per rapporti con fornitori, Farmacie convenzionate etc/ rispetto al n. di farmacisti del Dip. Farmaceutico	100% delle autocertificazioni
		Obbligo delle dichiarazioni di assenza di conflitto per partecipazione a congressi, convegni con sponsorizzazione di aziende farmaceutiche e di prodotti sanitari con pubblicazione su specifica sezione del Sito. Nr. di dichiarazioni /su professionisti partecipanti.	100% delle dichiarazioni pubblicate
		Nr. dei report notificati ai Direttori dei Distretti e ai MMG e PLS	8 report nel '24; 10 report nel '25 e 12 nel '26

Tab.182: Mis.29 - Programmazione misure Antiriciclaggio

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Stato di Attuazione al 31/1/2024	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Definizione regolamento e disposizioni normative sull'antiriciclaggio Acquisizione ed implementazione dell'applicazione telematica per le segnalazioni all'UIF	Direttore Generale; Direttori UOC Servizio Economico Finanziario		Entro Febbraio 2024	Pubblicazione Regolamento e disposizioni applicative misure antiriciclaggio Implementazione dell'Applicazione telematica delle segnalazioni all'UIF.

Tab.183: Mis.29 - Programmazione misure Whistleblowing

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Stato di Attuazione al 31/1/2024	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Whistleblowing	1)Procedura segnalazioni tramite applicativo informatico ANAC;2) Attivazione canale comunicazione interna 3) Pubblici proclami	Direttore UOC PC e T (impulso)	Adottato Regolamento sul Whistleblowing	Entro Gennaio 2024	Pubblicazione sul sito web aziendale del Regolamento Aziendale sul Whistleblowing/Attivazione di specifico corso di formazione
	Comunicazione sul sito web aziendale del Regolamento.			Entro Febbraio 2024	

12.4 Monitoraggio misure trasparenza e indicatori di monitoraggio

Tab.184: Monitoraggio misure trasparenza

Area strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	Risultato 2023	Target 2024	Fonte dati	Responsabile Monitoraggio
Trasparenza	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo - totale dati pubblicati	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza	Sito aziendale Responsabil e Trasparenza ; Documento di attestazione trasparenza OIV	RT

Tab.185: Monitoraggio misure trasparenza

Area strategica	Fonte dati	Responsabile Monitoraggio
Monitoraggio per la rilevazione quantitative e qualitative degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per contare gli accessi alla sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine web in cui è strutturata la sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se la ha già consultata in precedenza	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccogliere i giudizi	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini	Sito WEB	Responsabile Trasparenza

12.5 Monitoraggio attuazioni norme della Privacy

Tab.186: Monitoraggio attuazione norme privacy

Area Tematica	Obiettivo 2024	Indicatore	Tempi di attuazione	Verifica
Individuazione dei dipendenti e dei singoli operatori anche non titolari di contratto di lavoro/incarico (a titolo esemplificativo : frequentatori volontari, borsisti, stagisti,	100%	Numero istruzioni consegnate /Numero dipendenti_collaboratori autorizzati assegnati alla Struttura	Tempestivo	Semestrale

<i>specializzandi, tirocinanti ecc..) afferenti alla propria Struttura , quali Autorizzati al trattamento dei dati .</i>				
<i>Verifica e monitoraggio circa l'espletamento, da parte di tutti i dipendenti, del corso privacy obbligatorio</i>	100%	<i>Numero dipendenti collaboratori che hanno effettuato la formazione privacy obbligatoria/Numero dipendenti _collaboratori assegnati alla Struttura</i>	Tempestivo	<i>Semestrale</i>
<i>Corretta attuazione della procedura di Nomina del responsabile esterno del trattamento dei dati (ex art. 28 Reg. UE 679/2016) di cui alla Delibera n. 1053 dell'11.07.2022</i>	100%	<i>Numero Atti di Nomina ex art. 28 Reg. UE 679/2026/ Numero di affidamenti aventi ad oggetto trattamento dati</i>	Tempestivo	<i>Semestrale</i>
<i>Corretta attuazione delle disposizioni aziendali in materia di pubblicazione degli atti (rispetto delle norme sulla privacy)</i>	100%	<i>Verifiche a campione degli atti di competenza Dirigenziale.</i>	<i>Tempestivo</i>	<i>Semestrale</i>

Allegato 1: misure di prevenzione della corruzione (contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 - Aggiornamento PNA 2023)

Allegato 2: misure di prevenzione della corruzione (contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023 e dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023 – anche contratti PNRR - PNA 2022)

Allegato 3: Elenco obblighi di pubblicazione sezione Amministrazione Trasparente

Allegato 4: Elenco obblighi di pubblicazione sottosezione “Bandi di gara e contratti” da applicare ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° gennaio 2024