



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

***PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA'
E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.)
2024 – 2026***

Sommario

<i>SEZIONE 1</i>	9
<i>Scheda anagrafica dell'amministrazione</i>	9
1.1 Dati identificativi dell'amministrazione	10
<i>SEZIONE 2</i>	11
<i>Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione</i>	11
2.1 Sottosezione di programmazione: Valore Pubblico	12
Premessa	12
2.1.1 Principi, mission e vision aziendale	12
2.1.2 L'offerta Sanitaria dell'azienda nella programmazione regionale	13
2.1.3 Popolazione e demografia	14
2.1.4 L'amministrazione in cifre	18
2.1.5 Spesa farmaceutica	19
2.1.6 Semplificazione e digitalizzazione	21
2.2 Sottosezione di programmazione: Performance	23
2.2.1 Presentazione del Piano della Performance	23
2.2.2.1 Il contesto esterno	25
2.2.2.2 Il contesto interno	26
2.2.3.1 Andamento Ricoveri Ordinari	30
2.2.3.2 Accessi di Pronto Soccorso	30

2.2.4 Le dimensioni della performance	31
2.2.5 Gli obiettivi di mandato	32
2.2.5.1 Gli obiettivi di carattere generale	32
2.2.5.2 Gli obiettivi operativi.....	35
2.2.5.3 Obiettivi operativi area T.AP.....	36
2.2.5.4 Obiettivi area sanitaria.....	40
2.3 Sottosezione di programmazione: Rischi Corruttivi e Trasparenza	58
Premessa	58
Normative e direttive	58
2.3.1 Obiettivi e azioni del piano.....	61
2.3.2 Prevenzione della corruzione e performance.....	62
<i>SEZIONE A</i>	64
<i>I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo - Funzioni attribuite e responsabilità.....</i>	64
1. I soggetti attuatori delle azioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza	65
1.1 Il Direttore Generale	65
1.2 Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza.....	66
1.3 Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto	66
1.4 La Struttura di Supporto al RPCT	68
1.5 L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V).....	68
1.6 L’Ufficio Procedimenti Disciplinari.....	69

<i>SEZIONE B</i>	70
<i>Analisi delle condizioni di rischio - Contesto di settore e geografico; analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda</i>	70
1. L'Analisi del contesto.....	71
1.1 Il contesto esterno.....	71
1.2 Il contesto interno.....	72
2. Lo scenario.....	72
2.2 Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale.....	73
<i>SEZIONE C</i>	75
<i>La prevenzione del rischio corruttivo - Misure di prevenzione del rischio corruzione</i>	75
1. Un sistema in evoluzione.....	76
2. Le misure generali di prevenzione della corruzione.....	77
2.1 Le misure specifiche.....	86
2.2 La mappatura dei processi.....	86
2.3 La valutazione del rischio.....	88
2.4 La identificazione degli eventi rischiosi.....	88
2.5 L'analisi del rischio.....	89
2.6 Il trattamento del rischio.....	91
2.7 Monitoraggio riesame.....	91
<i>SEZIONE 3</i>	93

<i>Organizzazione e capitale umano</i>	93
3.1 Sottosezione di programmazione: Struttura Organizzativa	94
3.1.1 Organigramma aziendale	94
3.2 Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile.....	95
Premessa	95
3.2.1 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.....	96
3.2.1.1 Modalità attuative	96
Procedura e svolgimento della prestazione	97
3.2.3 Percorsi Formativi	103
3.2.4 Soggetti del lavoro agile	103
3.2.5 Strumenti e Programma di sviluppo del lavoro agile	104
3.3 Sottosezione di programmazione: Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	108
3.3.1 Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (P.T.F.P.).....	108
3.3.2 Piano delle azioni positive 2024-2026 (P.A.P.).....	109
3.3.2. Formazione del personale	118
Il Piano Formativo Aziendale anno (P.F.A.)	120
3.3.3 Attività formativa Syllabus.....	121
SEZIONE 4	123
<i>Monitoraggio</i>	123
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	124

4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	124
4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano	124

Premessa

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

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

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

Il Piano definisce:

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

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

- a) il Piano della Performance che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;

- b) Piano Operativo Lavoro Agile (POLA), Piano delle azioni Positive (PAP) che definiscono la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo (pari opportunità), anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- c) Piano triennale del fabbisogno del personale che riporta gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- d) Piano Anticorruzione riporta i programmi per la prevenzione della corruzione, la piena trasparenza nelle attività dell'organizzazione.

Il PIAO è organizzato in quattro sezioni:

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

Il termine previsto per l'adozione del PIAO è il 31 gennaio di ciascun anno.

La mancata adozione del PIAO produce i seguenti effetti:

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

SEZIONE 1

Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 Dati identificativi dell'amministrazione

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

SEZIONE 2

Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Sottosezione di programmazione: Valore Pubblico

Premessa

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

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di alta specializzazione "Antonio Cardarelli" è stata costituita con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 12255 del 22 dicembre 1994, a far data dal 1 gennaio 1995. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D.lgs. n. 502/1992, come modificato dal D.lgs. n. 229/1999, l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; essa è un ente strumentale della Regione Campania ed opera con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, utilizzando i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura, nel rispetto delle normative vigenti.

2.1.1 Principi, mission e vision aziendale

L'Azienda persegue la propria azione avendo i seguenti principi ispiratori:

- **centralità del cittadino;**
- **eguaglianza dei diritti di accesso, assistenza e trattamento**, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche;
- **imparzialità** degli operatori nell'erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti ispirati a criteri di obiettività ed equità;
- **diritto di scelta** dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria e alberghiera dell'azienda e sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato;
- **diritto di partecipazione** del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alla gestione della vita dell'ospedale;
- **efficienza ed efficacia** del servizio; efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte, efficacia gestionale e sociale:
 - la prima, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte;
 - la seconda, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute.

Mission e vision aziendale

La *Mission* dell'AORN Antonio Cardarelli è:

“Essere un punto di riferimento in ambito sanitario-ospedaliero per la popolazione regionale sia per le attività di emergenza-urgenza che nell'assistenza in elezione di altissima specializzazione.”

L'Azienda persegue questa Mission erogando prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che puntano all'eccellenza. L'AORN offre prestazioni in emergenza ed in elezione in regime di ricovero ordinario (RO), day-surgery (DS), week-surgery (WS), day-hospital (DH) e ambulatoriale (A). Le scelte dell'Azienda, in coerenza con le politiche regionali e gli Atti di programmazione nazionale e regionale, sono ispirate ai criteri di efficacia ed appropriatezza, di efficienza, di equità, di umanità e di professionalità in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili.

Mentre la *Vision* è:

“Prendersi cura in ospedale delle persone, assicurando le competenze, le tecnologie, l'umanità e le professionalità necessarie per la tutela della salute”

2.1.2 L'offerta Sanitaria dell'azienda nella programmazione regionale

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “Antonio Cardarelli” (di seguito A.O.R.N. A. Cardarelli) è la prima Azienda Ospedaliera della Campania, per dimensione ed offerta quali-quantitativa ed è tra le più grandi del Meridione d'Italia e le compete un ruolo assai rilevante nella tutela e cura delle malattie attraverso l'erogazione di servizi ai quali accedono non solo i cittadini napoletani ma anche di altre realtà territoriali, di ordine provinciale, regionale e nazionale. Riveste, tra l'altro, un ruolo di Rilievo Nazionale di particolare importanza per l'offerta di prestazioni sanitarie di eccellenza, per la dimostrata capacità di progettare e realizzare innovazioni nell'area sanitaria, per il ruolo assunto nel settore della ricerca scientifica e tecnica e nella formazione.

Persegue obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari, nonostante la complessità dell'attività programmatica ed urgente come riferimento Regionale e Meridionale nell'assistenza.

Nell'assolvere alle finalità istituzionali proprie, l'A.O.R.N. A. Cardarelli opera nel rispetto della *vision aziendale* incentrata sui seguenti elementi essenziali:

- qualificare l'offerta dei servizi erogati e gli interventi clinico - assistenziali, sviluppando capacità analitiche dirette alla determinazione dei bisogni di salute della popolazione, alla identificazione delle

priorità, alla valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta in termini di output ed outcome;

- qualificare l'accesso a tutti i servizi offerti, ponendo particolare attenzione alla fruibilità ed all'accessibilità mediante forme coerenti con la complessità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse disponibili;
- sviluppare il sistema della continuità clinico - assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- potenziare la capacità dei percorsi migliorando l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione con un idoneo trasferimento verso altri setting assistenziali delle prestazioni erogabili;
- implementare le attività culturali e formative, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito ospedaliero, utilizzando la formazione come elemento strategico;
- perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa.

L'A.O.R.N. è situata nella zona ospedaliera della città metropolitana di Napoli, un luogo strategico in cui sorgono numerose strutture dedicate all'assistenza specialistica per acuti. Verso l'ospedale convergono utenti da tutta la Campania, con particolare afflusso dai territori delle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord, per i cui cittadini, anche in virtù della vicinanza geografica della struttura, il Cardarelli riveste un ruolo di riferimento privilegiato per le problematiche di salute nell'ambito dell'emergenza e dell'urgenza.

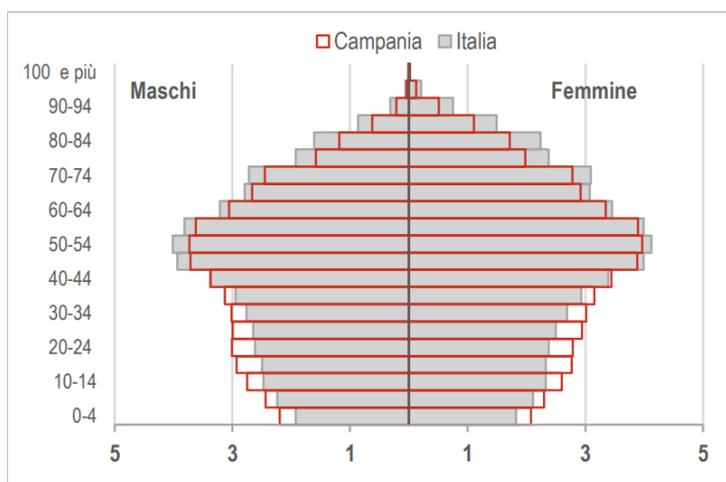
Con il DCA n. 99 del 14 dicembre 2018, successivamente modificato ed integrato con DCA n. 6 del 17.01.2020, la Regione Campania ha adottato il documento "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191" che definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale per il triennio 2019-2021, una volta uscita dal commissariamento, secondo le direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione che individuano, al tempo stesso, gli obiettivi che costantemente devono essere perseguiti.

2.1.3 Popolazione e demografia

La popolazione totale residente in Campania è 5.624.260 abitanti con una densità media di 411,4 abitanti per km². Il 53,1% della popolazione campana vive nella provincia di Napoli, dove si ha un elevato valore di densità di popolazione (2.553,4 abitanti per km²).

La popolazione ha una prevalenza femminile ed è mediamente più giovane rispetto al resto del Paese. Le donne rappresentano il 51,3% del totale e il rapporto di mascolinità è del 94,9% (media italiana del 95%). L'età media

è di 42,8 anni, inferiore rispetto alla media nazionale (45,8), sebbene l'indice di vecchiaia sia in aumento negli ultimi anni, così come l'indice di dipendenza degli anziani. Sebbene siano presenti delle differenze, il quadro generale della popolazione campana ricalca l'andamento della popolazione nazionale, con la base della piramide demografica sempre più stretta e un volume in crescita di popolazione anziana, indice di un invecchiamento complessivo della popolazione residente.



Il Cardarelli come risposta ospedaliera avanzata ai bisogni di salute

Il Cardarelli rappresenta la prosecuzione di un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo. La politica sanitaria aziendale, ai diversi livelli di governo del sistema, ha come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate, viene assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano. In questo senso, la Qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

Nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione Campania (rif. Decreto del Commissario ad acta n° 103 del 28.12.2018 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015"), l'Azienda ha un totale di **986** posti letto.

L'Azienda è dotata di una molteplicità di strutture padigionali distribuite secondo un modello a rete a maglie larghe in un ambito assai ampio. Queste peculiarità, che rendono l'accesso ai servizi più difficoltoso sia in termini logistici (le diverse sedi) che funzionali (la necessaria parcellizzazione con distribuzione delle funzioni), impegnano l'Azienda ad assumere ogni iniziativa utile ad agevolare il ricorso ai propri servizi, promuovendo l'accentramento delle attività per ordini funzionali.

L'Azienda si impegna in tutti i suoi ambiti (in sintonia coi principi che regolano il miglioramento continuo della Qualità e lo sviluppo delle politiche di accoglienza e di agevolazione dell'accesso) ad assicurare agli utenti:

- rispetto della dignità;
- riservatezza;
- privacy;
- certezza dell'interlocutore;
- ascolto nelle forme e nei modi più idonei alla situazione ed al caso individuale, con gentilezza e competenza;
- risposte entro tempi definiti;
- informazione tempestiva, corretta, chiara, semplice comprensibile ed adeguata;
- conoscenza delle modalità di esecuzione della prestazione sanitaria e sociale;
- accoglimento dei reclami - chiarezza e visibilità dei propri comportamenti.

Persegue gli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e che sono stati assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico, assicurando il loro perseguimento e, nell'arco temporale definito, il loro conseguimento mediante l'esercizio dell'autonomia imprenditoriale e l'utilizzo in modo efficiente di tutte le risorse aziendali.

La Direzione aziendale si impegna a monitorare costantemente il grado di raggiungimento degli obiettivi posti, predisponendo appropriati strumenti di rendicontazione e comunicando i risultati a tutti i portatori di interesse coinvolti a vario titolo nella gestione aziendale.

L'intero Piano 2019-2021 di cui al DCA 99/2018, come integrato e modificato dal DCA 6/2019, è costituito sul concetto del "Paziente al Centro del Sistema", paziente/cittadino che diventa il fattore chiave per migliorare l'intero sistema sanitario regionale. L'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione ai suoi bisogni, ai suoi valori a garanzia delle decisioni cliniche prese in suo favore. Attraverso questo modello e programmando il sistema intorno al paziente, la Regione Campania mira a consolidare percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'interesse della salute del paziente, capaci di esprimersi nel tempo come miglioramento di outcome in termini di qualità di vita e sopravvivenza.

Gli atti di programmazione regionale assegnano al Cardarelli le funzioni di:

- DEA di II livello ai sensi del DCA 103/2018;
- Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta;
- HUB nella rete dell'emergenza- urgenza nella Macro-Area NA1 e NA2;
- Centro HUB 1° livello all'interno della rete cardiologica per il territorio ASL NA1 Centro e ASL NA2 Nord;
- Centro HUB di riferimento all'interno della rete per l'ictus per il territorio di Napoli e provincia;
- Centro Trauma di Zona (CTZ) per il territorio di Napoli e provincia;
- HUB all'interno della rete per le emergenze gastroenteriche;
- HUB regionale (anche per pazienti pediatrici) per:
 - Centro Grandi Ustionati;
 - Centro Antiveleni.
 - ed è sede di:
- Centro di Terapia Iperbarica, funzionante h24;
- Centro riferimento malattie rare;
- Centro riferimento gestione piede diabetico;
- Centro riferimento terapie biologiche in reumatologia;
- Centro regionale di riferimento per la Sclerosi Multipla;
- Centro di riferimento regionale per la Neuroradiologia Interventistica;
- Centro di riferimento regionale per la Radiologia Interventistica body;
- Destinatario trasporto STAM (per gravidanze ad elevato livello di complessità per patologie materne e/o fetali);

per la Rete dei Trapianti è sede di:

- Centro Trapianti Fegato;
- Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta;
- Struttura di supporto per la rete trapiantologica regionale per le indagini anatomo-patologiche urgenti.

L'A.O.R.N. A. Cardarelli in quanto centro di riferimento di molteplici attività specialistiche ed ultraspecialistiche, eroga prestazioni (in convenzione) con molteplici aziende sanitarie della città metropolitana e della Campania:

- AORN Santobono – Pausillipon - Chirurgia Toracica ed Endoscopia d' Urgenza;
- ASL Napoli 3 Sud - Radiologia Interventistica;
- AO "San Pio" (BN) Ex "G. Rummo" - Chirurgia Plastica;
- ASL Salerno - Chirurgia Vascolare e Neuroradiologia;
- AAOU Luigi Vanvitelli - Pneumologia;
- AO "San Pio" (BN) - Chirurgia Toracica;
- Ist. Fond. G. Pascale - Radiologia Interventistica;
- AOU S.G. di Dio e Ruggi - GOM per PDTA Tumori Polmonari;
- AO dei Colli - Neuroradiologia e Radiologia Interventistica;

- AORN “San Giuseppe Moscati” (AV) - Endoscopia Bronchiale.

2.1.4 L'amministrazione in cifre

L'AORN A. Cardarelli svolge i suoi compiti di rilevante entità e complessità, erogando i propri servizi finalizzati ad assicurare l'assistenza sanitaria su un bacino di utenti residenti su un ampio territorio - per il tramite delle Strutture sanitarie ed amministrative - esteso all'intera Provincia di Napoli, che conta circa 3,6 milioni di abitanti e, per non poche discipline specialistiche medico-chirurgiche, anche regionale ed extraregionale. L'Azienda ospedaliera ospita ogni giorno diverse migliaia di frequentatori, rappresentati da: operatori, pazienti, visitatori, fornitori, professionisti esterni e studenti delle Scuole Universitarie per il conseguimento delle Lauree delle Professioni Sanitarie, essendo dotata di proprio polo didattico universitario, a seguito di convenzioni Regione Campania – Università di Napoli.

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

Tabella n. 1 - Dati strutturali

Anno di fondazione	1934
Mq di superficie	250.000
Direzioni	3
Dipartimenti	8
Strutture complesse	73
Strutture semplici + Strutture Dipartimentali	105
Personale di ruolo complessivo al 31.12.2023	3768

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

PERSONALE DIRIGENZIALE al 31.12.2023	Anno 2023
Dirigenza T.A.P.	24
Dirigenza Medica	837
Dirigenza Sanitaria	49
TOTALE	910
PERSONALE COMPARTO al 31.12.2023	Anno 2023
	2858
TOTALE	2.858

Tabella n. 3 - Costo del Personale anno 2020 - 2023 (importi troncati in migliaia di euro)

DIRIGENTI A TEMPO INDETERMINATO		2021	2022	2022 vs 2021%	2023	2023 vs 2022%
BA2120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico	77.866.975	80.341.580	3,18%	83.415.507	3,83%
BA2160	B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico	3.457.980	3.776.233	9,20%	4.473.928	18,48%
BA2240	B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	1.015.645	1.008.763	-0,68%	791.808	-21,51%
BA2340	B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	0	25.342		273.356	
BA2430	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	1.159.514	1.001.145	-13,66%	994.531	-0,66%
TOTALE		83.500.114	86.153.065		89.949.130	
COMPARTO A TEMPO INDETERMINATO		2021	2022	2022 vs 2021%	2023	2023 vs 2022%
BA2200	B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario	84.510.134	89.217.954	5,57%	92.043.813	3,17%
BA2290	B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale	211.284	208.916	-1,12%	252.541	20,88%
BA2380	B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico	15.185.923	16.704.703	10,00%	22.665.368	35,68%
BA2470	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	9.771.380	10.043.629	2,79%	10.105.383	0,61%
TOTALE		109.678.721	116.175.202		125.067.105	

Occorre precisare che i dati di costo relativi all'anno 2023 sono rinvenibili dal monitoraggio del CE effettuato al IV trimestre, pertanto suscettibili di variazione rispetto al dato consuntivato di chiusura bilancio. Tali variazioni sono attribuibili al pagamento differito delle competenze accessorie e/o ad eventuali operazioni di assestamento di chiusura bilancio.

2.1.5 Spesa farmaceutica

In riferimento a quanto riportato in oggetto ed a seguito dell'analisi dei dati rilevati dai gestionali aziendali SIAC e SAP, si rende noto che nel periodo gennaio-dicembre 2023 la UOC di Farmacia ha effettuato acquisti

per € **80.348.368,81** relativi a specialità medicinali inclusi i gas medicinali, al lordo dei pay-back vigenti dei MEA e dei fondi per gli innovativi oncologici e non oncologici. Tutto quanto citato ha determinato un incremento di spesa pari al 13,4% (valore € 9.509.233,67) rispetto a quella dello stesso periodo dell'anno 2022, pari a € **70.839.135,14** (di cui € 143.384,34 ordini COVID-19). La spesa è ripartita tra i Consumi Ospedalieri, inclusi i farmaci oncologici e il Flusso dei farmaci oggetto del File F. Il valore dell'ordinato relativo ai Dispositivi Medici per il periodo gennaio-dicembre 2023 si attesta su € **38.086.509,02**; per i Dispositivi Medici Diagnostici in Vitro (IVDR, "Reagenti" per la gestione dei laboratori) il valore è di € **12.206.241,92**, ridotto di circa € 500.000 rispetto allo stesso periodo del 2022. La spesa per dispositivi medici ha riportato un incremento pari al 35,6% (valore € 10.017.575,35) rispetto a quella dello stesso periodo dell'anno 2022, pari a € **28.068.933,67** (di cui 3.819,15 € ordini COVID-19). Tale incremento della spesa è dovuto all'aumento del numero e della tipologia dei DM gestiti dalla UOC Farmacia e ai maggiori consumi di utilizzo riscontrati principalmente nelle seguenti aree cliniche: Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Emodinamica, Radiologia Vascolare e Chirurgia vascolare. La riduzione della spesa riferita agli IVD riguarda sia i reagenti per esecuzione tampone molecolare COVID-19, con riduzione delle apparecchiature utilizzate, sia i tamponi rapidi di prima generazione. Un lieve decremento si è registrato anche nella spesa di IVD per l'emogas-analisi. Invece, un incremento di spesa relativa all'IVD, è legato alle attività del SIMT, per quanto riguarda l'immunoematologia, l'emergenza West Nile Virus e l'aumento della raccolta di sacche di sangue da donatori. La crescita dell'ordinato dei farmaci nei primi 12 mesi 2023, rispetto ai primi 12 mesi 2022, è verosimilmente attribuibile ad incremento del consumato presso le UUOO del nostro ospedale e all'acquisto delle IgG EV pari a circa 10 milioni di euro effettuato dal AORN Cardarelli, (quale azienda capofila della Regione Campania per la distribuzione delle IgG EV a tutte le AASSLL e AAOO della Regione. La principale ATC per spesa è L (farmaci oncologici innovativi, ad alto costo e terapie biotecnologiche per il trattamento di patologie anche non oncologiche quali artrite reumatoide, psoriasi, malattie infiammatorie gastro-intestinali, sclerosi multipla e miastenia gravis etc.).

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

- **File F canale M:** farmaci oncologici innovativi e ad alto costo infusionali somministrati in regime di Day Hospital e farmaci contenenti fattori di coagulazione somministrati in regime di ricovero (ai sensi del D.C.A. 18 del 18/01/2023); riduzione pari al 26% nei 12 mesi del 2023 vs periodo corrispondente 2022;
- **File F canale D:** farmaci in distribuzione diretta (ai sensi del D.C.A. 18 del 18/01/2023); diminuzione del 54% nei 12 mesi del 2023 vs periodo corrispondente 2022. Si specifica che a far data dal mese di maggio 2019 il flusso F canale D, per quanto riguarda la specialità medicinale Epclusa®, viene rendicontato al netto del rimborso delle note di credito, determinando così un valore economico minore.

- **File F canale E:** farmaci infusionali oncologici innovativi e ad alto costo somministrati in regime ambulatoriale e farmaci infusionali non oncologici somministrati in regime ambulatoriale e ad utenti ricoverati (ai sensi del D.C.A. 18 del 18/01/2023). Incremento pari al 199% nei 12 mesi del 2023 vs periodo corrispondente 2022. Tale incremento è riferito prettamente alle specialità medicinali appartenenti principalmente alle ATC L, B e J che hanno riportato proporzionalmente un incremento di spesa dell'acquistato;
- **File F canale X:** farmaci oncologici e non oncologici somministrati in regime di ricovero, DH e ambulatorio a pazienti extraregione come da "accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (ai sensi del D.C.A. 18 del 18/01/2022). Incremento pari al 41% nei primi 12 mesi del 2023 vs periodo corrispondente 2022;
- **Canale CO (Consumo Ospedaliero):** farmaci somministrati in regime di ricovero ordinario e farmaci oncologici somministrati in regime di Day e ambulatorio (ai sensi del D.C.A. 57 del 29/05/2015 e s.m.i.); incremento del 26% nel 2023 vs corrispondente periodo del 2022.

Pertanto, dall'analisi dei flussi M, D, E ed X, che producono una remunerazione oltre al DRG del relativo setting assistenziale, riferiti all'anno 2023 rispetto allo stesso periodo del 2022, si evidenzia un incremento complessivo del 3% pari a **1.213.336,58 €**.

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

2.1.6 Semplificazione e digitalizzazione

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

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

L'AORN A. Cardarelli, in ottemperanza con quanto previsto dal D.lgs. n.82 del 07/03/2005, riformato con il D.lgs. 179/2016 (CAD 3.0) attuativo della L. 124 del 07/08/2015, meglio noto come **Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD)**, che indica le linee guida in tema di informatizzazione nei rapporti

con i cittadini, ha attivato, ormai da diversi anni un processo di rinnovamento dell'intera rete aziendale volta ad assicurare livelli sempre più elevati di efficacia ed efficienza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alcune procedure, attualmente in fase di ultimazione, saranno perfezionate, in virtù degli ulteriori sviluppi, nel biennio 2024-2025.

2.2 Sottosezione di programmazione: Performance

2.2.1 Presentazione del Piano della Performance

Il presente documento è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, del Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 e s.m.i..È un documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'azienda per la misurazione e la valutazione della performance. Il Piano rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

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

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

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

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

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

Il Piano della Performance, vigente, per il periodo 2023-2025 è individuato nel relativo P.I.A.O. con Deliberazione del Direttore Generale n. 269 del 30.03.2023 ad oggetto “Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione per il triennio 2023-2025 (PIAO). Esecuzione immediata”.

2.2.2. Analisi del contesto

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

Una curata e condivisa analisi del contesto è una determinante positiva di un ampio e condiviso consenso strategico.

2.2.2.1 Il contesto esterno

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

Affidabilità ottenuta attraverso sviluppate attività di comunicazione e informazione.

Comunicazione

Il perseguimento della mission necessita di attività di comunicazione da realizzarsi attraverso metodologie multicanale finalizzate a garantire alle comunità e agli stakeholder la conoscenza delle attività dell'Azienda, le modalità di gestione e i servizi che vengono garantiti. Inoltre, in coerenza con quanto previsto dalla L.150/2000 e smi, l'Azienda si impegna a costruire canali di comunicazione biunivoci attraverso l'URP e mediante gli uffici che gestiscono gli strumenti di comunicazione tecnologica diretti alle comunità di cittadini, soggetti no-profit, aziende, Istituzioni. Tale funzione viene svolta anche presso i pubblici interni all'Azienda (personale dipendente, personale convenzionato, aziende fornitrici, etc.), mediante strumenti tipici della comunicazione interna. L'URP fa capo all'UOC Comunicazione e Innovazione, ricadente nelle competenze della Direzione Amministrativa. L'URP svolge un ruolo essenziale nel processo di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, promuovendo, di concerto con le strutture erogatrici, azioni di verifica della qualità delle prestazioni erogate (cd. audit civico). Quest'ultimo si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

L'informazione

L'attività di informazione consta della trasmissione di notizie e contenuti agli organi di stampa e radiotelevisivi, ai siti web di informazione, ai soggetti Istituzionali con cui l'Azienda si relaziona. Tale attività è essenziale per costruire una buona reputazione all'AORN e per informare circa servizi, best practice e posizioni assunte dall'Azienda. Tale funzione è propria (in base a quanto previsto dalla L.150/2000) delle attività dell'Ufficio Stampa ed è incardinata nell'UOC Comunicazione e Innovazione. La strategicità di tale funzione è fortemente connessa anche alla massiva fruizione da parte delle comunità servite dall'Azienda di strumenti di comunicazione di tipo "social" e digitale. In tal senso occorre che l'Azienda si proponga sul canale

web e sui social quale interlocutore affidabile, competente e di primo riferimento per le tematiche inerenti la salute. Tali ambizioni fanno sì che coloro che sono dedicati allo svolgimento di tali funzioni, debbano avere una buona conoscenza dei sistemi di comunicazione digitale e social.

2.2.2.2 Il contesto interno

l’Azienda mira a potenziare la capacità nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica. In questa direzione, l’Azienda, attraverso strumenti quali il PNRR ha finanziato misure volte al rinnovamento e all’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Di seguito si elencano le procedure adottate:

- **Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Componente 2 (M6C2) – Linea di finanziamento 1.1.2 con giusta Deliberazione n. 406 del 06.04.2022:** “Ammodernamento del Parco tecnologico delle strutture sanitarie (Grandi apparecchiature Sanitarie)”
- **Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Componente 2 (M6C2) – Linea di finanziamento 1.1.1 con giusta Deliberazione n. 746 del 11.07.2022:** “Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale Ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture Ospedaliere DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di livello I e II)”: che porterà alla ristrutturazione e potenziamento della risposta sanitaria con particolare riferimento alle terapie intensive e semi-intensive;
- interventi previsti dal programma straordinario degli investimenti pubblici in sanità, **legge 67/88 3° triennalità (I° stralcio - II° stralcio)**, che rappresentano un contributo sostanziale alle politiche sanitarie del Paese in quanto affronta la necessità di ammodernare il patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale per rispondere con strutture e tecnologie sempre più appropriate, moderne e sicure, alle necessità di salute della comunità e alle aspettative di operatori e utenti del servizio sanitario nazionale. L’ottimizzazione dei servizi attraverso la riqualificazione edilizia e tecnologica contribuisce, infatti, agli obiettivi di efficienza dell’assistenza sanitaria, di riequilibrio dell’assistenza sul territorio nazionale, di messa in sicurezza e ammodernamento tecnologico di edifici e impianti, per garantire a ciascun cittadino una risposta adeguata alla domanda di salute, sia in termini di prevenzione che di cura delle diverse patologie. Con l’art. 20 della legge finanziaria 67/88, il legislatore ha autorizzato l’esecuzione della I^ Fase del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico;
- **D.G.R.C 308/2023 “PNRR - M6C2 - sub-investimento 1.1.1 – digitalizzazione - rafforzamento strutturale del SSN (progetti in essere ex art. 2, DL 34/2020) - rimodulazione 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”, che porterà alla ristrutturazione e potenziamento della risposta sanitaria con particolare riferimento alle terapie intensive e semi-intensive.

Si illustrano rendicontazioni del I e II stralcio dell’art. 20 L. 67/88:

programma straordinario degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 legge 67/88 3 [^] triennalità <u>I° stralcio</u>		
scheda	oggetto	Importo art. 20 + fondi aziendali
35	Adeguamento funzionale ed impiantistico edificio D.E.A. (padiglione “L”)	€ 3.500.000,00 € 255.728,70
35a	Scala A antincendio (Prospetto Sud)	€ 1.535.728,70
35b	Realizzazione cabina MT/BT padiglione L	€ 2.220.000,00
36	Realizzazione banca del tessuto muscolo scheletrico	€ 2.500.000,00
37	Adeguamento requisiti antincendio (padiglioni B, F, H, I, M, N, T X)	€ 4.000.000,00
37a	Adeguamenti requisiti antincendio padiglioni B, F, N	€ 2.650.000,00
37b	Adeguamenti requisiti antincendio padiglioni H, I, M, T, X	€ 1.350.000,00
38	Aggiornamento del parco delle apparecchiature biomedicali	€ 2.000.000,00 734.000,00
38 extra (no art 20)	Lavori edili necessari per l’adeguamento del reparto di Medicina Nucleare ubicato al piano – 1 del Padiglione Palermo per consentire l’installazione di una PET/TAC	€ 1.549.212,40
programma straordinario degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 legge 67/88 3 [^] triennalità <u>II° stralcio</u>		
scheda	oggetto	Importo art. 20 + fondi aziendali
35	Adeguamento tecnologico attrezzature ed apparecchiature per: Radiologia Generale e di Pronto Soccorso, Neuroradiologia e UU.OO. varie	€ 11.467.465,55
36	Ristrutturazione ed adeguamento tecnologico padiglione B	€ 25.200.000,00
37	Realizzazione della logistica integrata dei farmaci	€ 5.400.000,00
38	Ristrutturazione e adeguamento tecnologico padiglione U (anatomia patologica)	€ 4.835.000,00
39	Ristrutturazione e adeguamento tecnologico presso padiglioni E, L, P. Interventi vari di ristrutturazione ed adeguamento per il padiglione L	€ 4.960.000,00 € 792.413,73
39a	Scala A antincendio (Prospetto Nord)	€ 1.715.981,24
39b	Realizzazione nuova UTIC presso 4° piano padiglione L cd DEA	€ 2.886.416,40
40	Realizzazione del nuovo sistema di depurazione acque reflue ai fini del recapito in fogna dell’A.O.R.N. “A. Cardarelli”	€ 3.000.000,00

Clima e benessere organizzativo

L'AORN intende realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscono al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni rappresentando un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività. Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda. In tal senso, è importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale. Ciò è necessario ed indispensabile per:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- prevenire rischi psico-sociali.

Le Politiche per lo sviluppo delle risorse umane

L'Azienda Ospedaliera si impegna a prestare particolare attenzione alle politiche per lo sviluppo delle risorse umane, in quanto rappresentano per l'Azienda la risorsa strategica principale. Promuove le iniziative finalizzate a migliorare continuamente abilità, capacità e conoscenze professionali, nonché per mantenere elevato il senso di appartenenza all'Azienda stessa.

Nel rispetto e nella piena applicazione degli istituti contrattuali vigenti, l'AORN mira a motivare i propri dipendenti; questo affinché si sentano stimolati in un clima sereno e produttivo a tutti i livelli operativi previsti dall'organizzazione, tenendo conto anche del contributo dei singoli alla produttività. In tale contesto si assicura la migliore collaborazione delle rappresentanze sindacali mediante prassi, procedure ed informative standardizzate e trasparenti.

La Direzione Aziendale riconosce altresì come fondamentale un rapporto di lavoro che premi le capacità e il merito, creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori,

piena e pari dignità a tutto il personale, medico, veterinario, sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, assicurando la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

L'Azienda per conseguire questo obiettivo interverrà affinché:

- si predisponga un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- si assicuri che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- si verifichi il livello di condivisione degli obiettivi;
- si accerti periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- si verifichino i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione;
- si remunerino in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità.

2.2.3 Andamento delle attività assistenziali: indicatori di attività

La tabella seguente riporta la valorizzazione degli indicatori tradizionali di attività in regime ordinario in termini assoluti e percentuali rispettivamente per l'area media e chirurgica.

Attività indicatori regime ordinario	totale azienda	Area medica	%	Area chirurgica	%
N Posti postimmedi attivi	874				
N pazienti dimessi (% del totale)	26.595	10.849	41%	14.261	54%
di cui "0 Giorni"	4.082	590	14%	3.363	82%
N giornate di degenza erogate	257.158	138.509		97.216	
N Interventi Chirurgici (registro operatorio)	21.089				
N Ricoveri Urgenti (% del tot)	16231 (61,0%)	8.719,00		6.923	
Degenza Media	9,67	12,77		6,82	
Peso Medio DRG	1,5080	1,5486		1,4163	
Rimborso Totale da DRG	134.545.163,02	58.843.952,12		64.104.529,80	
Rimborso Medio per DRG	5.059,04	5.423,91		4.495,09	
DRG Chirurgici %	51,79%	20,55%		78,16%	

2.2.3.1 Andamento Ricoveri Ordinari

Nell'anno 2023 sono stati effettuati **34.536** ricoveri di cui in regime ordinario (RO) **26.595** e in DH/DS **7.941**.

Ricoveri ordinari – tipo di ricovero

Anno	Ricoveri Urgenti	Ricoveri programmati	Totale
2023	16.231	10.355	26.586

2.2.3.2 Accessi di Pronto Soccorso

Gli accessi in PS nell'anno 2023 sono stati **64.814** dei quali: dimessi a domicilio **14.215**, che hanno rifiutato il ricovero **15.609**, ricoverati **16.870**.

Tipologia	n.	%
Dimissione a strutture ambulatoriali	17.143	26,45%
Ricovero in reparto di degenza	16.870	26,03%
Abbandona/rifiuta ricovero	15.609	24,08%
Dimissione a domicilio	14.215	21,93%
Trasferimento ad altro istituto	524	0,81%
Deceduto	428	0,66%
(vuoto)	25	0,04%
Totale complessivo	64814	100,00%

Si illustrano il numero di accessi al PS in base al grado di complessità (codice di accesso):

codice di accesso	Totale complessivo
Rosso	3.141
Nero	428
Giallo	20.341
Verde	40.122
Bianco	756
Non Assegnato	24
Arancione	2
Totale complessivo	64.814

2.2.4 Le dimensioni della performance

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

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

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

- **dimensione di performance dell'utente**, in questo ambito sono inclusi gli aspetti di maggior interesse diretto per l'utente, quali ad esempio i percorsi di accesso, l'integrazione con il territorio, gli esiti garantiti sulla base delle prestazioni effettuate;

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

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

2.2.5 Gli obiettivi di mandato

Anche per l'anno 2024 sono riproposti gli obiettivi pluriennali previsti dalle Delibere di Giunta Regionale di incarico (DGR 326/2022 –DCA 69/17 – DCA 103/18) che rappresentano un riferimento prioritario per l'azione aziendale. Gli obiettivi di mandato sono articolati in:

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

2.2.5.1 Gli obiettivi di carattere generale

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

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

Il processo di pianificazione strategica si conclude con l'indicazione, da parte della Direzione Generale, degli obiettivi per le attività amministrative e la gestione operativa aziendale. Le fasi ed i soggetti coinvolti sono descritti nel proseguo del documento. In questa sede è utile evidenziare che gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Generale sono stati definiti coerentemente con le linee programmatiche dalla Regione Campania (vedi D.P.G.R.C. n. 106 del 04/08/2022 ad oggetto "A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli - Direttore Generale. Determinazioni").

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

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

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

La realizzazione degli obiettivi previsti per l'anno 2024, rimodulati e riconfermati nel provvedimento aziendale 2024, prevede un insieme coordinato di azioni, già avviate in un'ottica pluriennale, sulle quali sono stati coinvolte una pluralità di UUOCC.

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

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

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

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
Utente	Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	Vision aziendale
	Rispetto dei tempi di attesa	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
Processi interni	Soddisfazione delle esigenze di salute dei soggetti assistiti attraverso il miglioramento della qualità dei servizi erogati	Vision aziendale
	Orientamento al risultato piuttosto che al mero adempimento	Vision aziendale
	Efficiente e razionale impiego delle risorse disponibili per assicurare lo sviluppo dei servizi	Vision aziendale
	Rispetto degli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
	La predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
Processi interni	Prosecuzione delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale
	Monitoraggio attività libero professionale (ALPI)	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico
	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussnformativi	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico

Dimensione della performance	Obiettivi strategici, specifici e tematici	Fonte
Processi interni	Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (H02Z) • Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (H04Z) • Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (H05Z) • Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (H13C) • Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti (H18C) • Riduzione ricoveri diurni di tipo diagnostico, • Riduzione degli accessi di tipo medico • Riduzione gg degenza preoperatori, • % dimissioni con DRG medico oltre soglia negli anziani, % 	Obiettivi di mandato del DG di carattere specifico
	Rispetto degli adempimenti previsti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Obiettivi di mandato del DG - L.190/2013-D.Lgs.33/2013-PNA-ecc.
	Partecipazione diretta e diffusa degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali per svilupparne il senso di appartenenza ed identificazione	Vision aziendale
Innovazione e sviluppo	Promozione della formazione come strumento di qualificazione e miglioramento continuo	Vision aziendale
Sostenibilità	Raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria	Obiettivi di mandato del DG di carattere generale

2.2.5.2 Gli obiettivi operativi

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

Per ciascun **obiettivo operativo** è definito:

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

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

2.2.5.3 Obiettivi operativi area T.AP.

Per l'anno 2024 sono individuati per l'area tecnico – amministrativa i seguenti obiettivi:

STRUTTURE DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE GENERALE				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
C03	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario	Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL	180	5
C04	Ispezioni periodiche, a campione, del personale nella misura stabilita in sede di programmazione annuale	Ispezioni periodiche del personale nella misura del 3%	100%	30
C05	Effettuazione di indagini ispettive su disposizione del D.G.	Ispezioni effettuate	100%	25
E02	Qualità dispositivi protezione individuale	Verifica qualità dei dispositivi di protezione individuale approvvigionati e consegnati presso i magazzini aziendali	12	15
E28	Organizzazione e gestione della sicurezza antincendio	Implementazione del sistema di gestione della sicurezza antincendio, mediante: aggiornamento delle procedure in essere in funzione della dinamicità dell'evoluzione delle strutture aziendali, nonché formazione degli addetti antincendio	100%	15
F01	Corso di informazione, formazione, addestramenti ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 81/08 e ss.mm.ii.	Edizioni di corsi formazione attivati	15	10
G02	Revisione della segnaletica di sicurezza UU.OO.	Revisioni annue effettuate	30	15

STRUTTURE DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
C03	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario	Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL	180	5
C06	Monitoraggio dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati	Invio informativa just in time e report semestrale alla Direzione strategica	2	15
C07	Monitoring avanzamento formazione del personale da piattaforma "Syllabus"	Redazione report bimestrale	6	10
C11	Completamento informazioni fascicolo personale DCA 53/2019	Raccolta di tutte le informazioni non reperibili nei fascicoli del personale per la predisposizione del flusso DCA 53/2019	100%	5
C17	Contrattazione integrativa e determinazione fondi anche alla luce della rideterminazione per ripianare lo sfioramento 2018/19 del comparto	Rispetto tempi per la contrattazione integrativa e determinazione fondi anche alla luce della rideterminazione per ripianare lo sfioramento 2018/19 del comparto	100%	15
C21	Digitalizzazione atti notificati	Percentuale atti notificati digitalizzati	85%	12
C22	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili propedeutiche alla certificabilità del bilancio (PAC-DCA27/2019)	Percentuale di carte contabili residue al 31/12/2024	30%	10
C27	Monitoraggio del processo di recupero crediti codici bianchi	Invio raccomandate circolarizzabili recupero crediti anno 2023 e precedenti, evidenza semestrale somme rientrate	100%	10
C29	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.Lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso	Percentuale pratiche trattate	85%	10
C30	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.Lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso	Percentuale pratiche trattate in copertura assicurativa	85%	15
C31	Convenzioni stipulate nei tempi previsti	Percentuale convenzioni stipulate nei 30 gg.	85%	12
C32	Regolamento attribuzione incarichi del personale del comparto	Redazione regolamento attribuzione incarichi del personale del comparto entro il 30/03/2024	100%	10
C39	Monitoraggio periodico sull'attività di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" (RPCT)	Pubblicazione report quadrimestrale sull'attività di monitoraggio	4	10
C40	Diffusione di informazioni rivolte ai cittadini	Aggiornamento periodico sito web aziendale	100%	10
C42	Rilevazione delle segnalazioni della qualità percepita dagli utenti (URP)	Report trimestrali attività del servizio URP	4	10

C58	Verifica delle pubblicazioni, a norma di legge, degli atti di programmazione di cui all'art.37 D.Lgs. 36/2023	Monitoring delle pubblicazioni effettuate degli atti di programmazione a norma dell'art. 37 D.Lgs. 36/2023	1	5
D01	Conto economico gestionale	Invio trimestrale CE gestionale secondo le indicazioni del DCA 67/2019	3	15
D02	Analisi della corretta imputazione delle voci nell'alimentazione dei Centri di Costi	Report quadrimestrale con evidenza delle anomalie rilevate	3	15
D03	Rispetto dei tempi di pagamento	Fatture liquidate entro 30 gg.	85%	18
D04	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili propedeutiche alla certificabilità del bilancio (PAC-DCA27/2019)	Percentuale di carte contabili residue al 31/12/2024	10%	10
D06	Rispetto dei tempi di pagamento	Fatture pagate entro 15 gg.	85%	20
D07	Svincolo somme pignorate presso Tesoreria Aziendale	Percentuale di somme pignorate recuperate del primo semestre anno 2020	30%	5
D08	Monitoraggio contratti relativi ai rapporti di locazione attivi e passivi	Gestione contratti relativi ai rapporti di locazione attivi e passivi, con azioni conseguenti in caso di eventuale mancato pagamento	100%	10
E08	Regolamento internal audit	Stesura regolamento internal audit	100%	10
E09	Certificabilità delle giacenze di magazzino	Monitoraggio e controllo del processo di certificabilità delle giacenze di magazzino con report trimestrale alla direzione strategica	100%	15
E11	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta dei flussi di dati	90%	15
E12	Procedure per il reclutamento del personale mediante concorsi	Percentuale di concorsi espletati	85%	10
G07	Regolamento Europeo per il Trattamento dei dati Personali GDPR 2016/679	Verifica presso varie UUOO della compliance alla normativa vigente in tema di tutela della privacy e dei dati personali e attività correlate	3	10

DIPARTIMENTO TECNICO/LOGISTICO				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
C03	Appropriatezza nel ricorso al lavoro straordinario	Totale ore annue di straordinario per dipendente come previsto da CCNL	180	5
C23	Digitalizzazione dei referti per alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Incrementare la digitalizzazione di tutti i referti di diagnostica per immagini, laboratorio, anatomia patologica, lettere di dimissioni ospedaliere e verbali di pronto soccorso ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito	85%	10
C24	Completamento, con la contrattualizzazione, di tutte le gare in proroga già indette	Report bimestrale gare in proroga completate inviato alla Direzione Strategica	100%	12
C25	Completamento operazioni di inventario e adozione relativo regolamento	Completamento operazioni di inventario e adozione relativo regolamento entro 30/03/2024	100%	15
C28	Digitalizzazione dei referti per l'alimentazione della cartella clinica informatizzata	Incremento dei referti digitali di diagnostica e non in cartella clinica per le diverse tipologie di prestazioni sanitarie	40%	10
C43	Dismissione apparecchiature obsolete e contestuale indizione di procedure ad evidenza pubblica	Percentuale di apparecchiature dismesse e indizione procedura ad evidenza pubblica con la formula del noleggio pluriennale o comodato comprensivo di consumabili	85%	20
C44	Interventi art. 20 legge finanziaria 67/88	Istruttoria relativa alla scheda 36/37/38 III fase 2° stralcio - iter per l'ammissione al finanziamento entro luglio 2024	100%	10
C45	Programmazione e lavori adeguamento anticendio ex D.M. 19/03/2015 e ss.mm.ii.	Percentuale avanzamento lavori adeguamento anticendio effettuati	85%	5
C46	Ristrutturazione dei reparti	Ristrutturazioni effettuate	2	5
C47	Impianto di rilevazione incendi pad.N piani 1 e 2 interrati	Ripristino impianto di rilevazione incendi pad.N piani 1 e 2 interrati	1	7
C56	Programmazione triennale degli acquisti di beni e servizi	Adozione programmazione triennale degli acquisti di beni e servizi secondo modalità e tempistiche definite dall'art.37 D.Lgs. 36/2023, entro il 30/03/2024	1	10
C57	Programmazione triennale dei lavori	Adozione programmazione triennale dei lavori secondo modalità e tempistiche definite dall'art.37 D.Lgs. 36/2023, entro il 30/03/2024	1	10
D03	Rispetto dei tempi di pagamento	Fatture liquidate entro 30 gg.	85%	18
E10	Informatizzazione degli armadi di reparto e robotizzazione farmaceutica	Completamento informatizzazione degli armadi di reparto e avvio della robotizzazione farmaceutica per la parte informatica	100%	10
G06	Interventi relativi al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), come da Deliberazione del Direttore Generale n. 1408 del 30.12.2022	Reportistica inviata alla Direzione Strategica sullo stato di attuazione degli interventi per la digitalizzazione dei Dea di primo e secondo livello (nella percentuale >50%), multimisura 1.1 "Infrastrutture digitali" e 1.2 "Abilitazione al CLOUD per le PA locali"	4	7

G08	Interventi relativi al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Percentuale di interventi di ammodernamento attuati del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature sanitarie)	50%	7
------------	--	---	-----	---

2.2.5.4 Obiettivi area sanitaria

Per l'anno 2024 sono individuati per l'area sanitaria i seguenti obiettivi, raggruppati per ciascun dipartimento:

DIPARTIMENTO CHIRURGICO POLISPECIALISTICO				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A01	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	10
A16	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,15	10
A40				15
A43				20
A17	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati)	DRG complicati sul totale DRG complicati e non in degenza ordinaria superiore a 10 gg	10%	10
A41				15
A20	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico	30%	10
A42				15
A23	Ob. CORE NSG - Percentuale di pazienti con età superiore a 65 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Indicatore H13C - Percentuale di pazienti con età superiore a 65 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	60%	20
A32	Dimessi con DRG medici	Riduzione dei pazienti programmati dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	1%	5
A37	Ridurre i ricoveri in regime di DH, esclusi pazienti fragili, finalizzati alla sola diagnosi	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico	30%	20
A38	Incentivazione del percorso di chirurgia orale	Incentivazione del percorso di chirurgia orale	70%	20
A53	Attività ambulatoriale LEA - prestazioni traccianti	Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale per il raggiungimento dei LEA - prestazioni traccianti	5%	10
B04	Degenza media pre-operatoria nei pazienti programmati <1 giorno	Contenimento degenza media pre-operatoria nei pazienti programmati a max 1 giorno	99%	10
B15				15
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	10

B14				5
C16	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	Incremento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	100%	10
C18	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	5
C34				10
E11	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta dei flussi di dati	90%	15
E27	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica (attivazione della refertazione elettronica anche per le UO Ordinarie, Day Surgery e Interventi ambulatoriali)	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica	100%	5

DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA E DELL'AREA CRITICA				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A01	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	10
A20	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico	30%	10
A26	Contenimento giornate di degenza media dei ricoveri ordinari	Target di riferimento media nazionale	100%	5
A33	Interventi tunnel carpale	Percentuale di interventi sul tunnel carpale eseguiti in attività ambulatoriale	50%	15
A35	Dimissioni entro 36 ore	Percentuali di dimissioni effettuate nel 36 ore	85%	20
A16	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,15	10
A40				15
A43				20
A17	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati)	DRG complicati sul totale DRG complicati e non in degenza ordinaria superiore a 10 gg	10%	10
A41				15
A44				20
A51	Mezzo di contrasto utilizzato al file paziente presente nel RIS	Inserire il quantitativo di mezzo di contrasto utilizzato al file paziente presente nel RIS	85%	20
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	10
C18	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	5
C34				10
C19	Appropriatezza nella compilazione della SDO	Percentuale di SDO non compilate correttamente	5%	10
C23	Digitalizzazione dei referti per alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Incrementare la digitalizzazione di tutti i referti di diagnostica per immagini, laboratorio, anatomia patologica, lettere di dimissioni ospedaliere e verbali di pronto soccorso ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito	85%	10
C33	Compilazione cartella informatizzata	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici e infermieristici)	85%	5
E16	Slot agende settimanali visite mediche	Saturazione disponibilità agende per visite mediche come da pianificazione	100%	20
G09	Consenso informato alle procedure radiologiche contrastografiche a file paziente presente nel RIS	Abbinamento del consenso informato alle procedure radiologiche contrastografiche a file paziente presente nel RIS	85%	20

DIPARTIMENTO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A09	Registro dei decessi con lesione cerebrale	Implementazione, con report trimestrale, del registro dei decessi con lesione cerebrale nella rianimazione di riferimento	4	25
A10	Opposizioni sul totale delle segnalazioni	Percentuale di opposizioni sul totale segnalazioni	37%	15
A11	Livello qualitativo delle attività di procurement	Identificazione dei potenziali donatori di organi	25%	10
A12	Efficienza del processo di donazione	Percentuale di donatori su decessi con lesioni cerebrali	16%	10
A01	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	10
A22				20
A27				15
A31	Rispetto tempi di attesa per la consulenza nel percorso di ictus cerebrale come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	100%	5
A40	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,15	15
A45	Riduzione della SEPSI post chirurgica	Attivazione percorso finalizzato alla riduzione SEPSI post operatoria	100%	10
A47				15
A46	Rispetto tempi di attesa per la consulenza nel percorso fratture di femore come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	100%	15
B06	Prestazioni ambulatoriali per il follow-up neonati prematuri	Monitoraggio del follow-up dei neonati prematuri e/o di basso peso (< 1500 g.)	85%	25
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	10
B14				5
C16	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	Incremento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	100%	10

C33	Compilazione cartella informatizzata	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici e infermieristici)	85%	5
C34	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	10

DIPARTIMENTO RETI TEMPO - DIPENDENTI				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A01	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	10
A22				20
A16	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,15	10
A20	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico	30%	10
A31	Rispetto tempi di attesa per la consulenza nel percorso di ictus cerebrale come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	100%	5
A53	Attività ambulatoriale LEA - prestazioni traccianti	Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale per il raggiungimento dei LEA - prestazioni traccianti	5%	10
B11	STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero	Percentuale trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso	70%	20
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	10
B14				5
C16	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	Incremento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	100%	10
C18	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	5
C34				10
C33	Compilazione cartella informatizzata	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici e infermieristici)	85%	5
C38				10

DIPARTIMENTO INTEGRATO ONCOEMATOLOGICO E TORACO-POLMONARE				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A01	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	10
A22				20
A16	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,15	10
A40				15
A17	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati)	DRG complicati sul totale DRG complicati e non in degenza ordinaria superiore a 10 gg	10%	10
A42	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico	30%	15
A52	Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.)	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.) in relazione all'anno precedente	10%	15
A53	Attività ambulatoriale LEA - prestazioni traccianti	Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale per il raggiungimento dei LEA - prestazioni traccianti	5%	10
A60	Monitoraggio infezioni resistenti agli antibiotici (MDR)	Riduzione infezioni MDR rispetto all'anno precedente	10%	15
B08	Trapianti Allogeni VS parametro nazionale previsto per i Centri Trapianti di Midollo	Effettuare nel 2024 un numero di trapianti allogeni di CSE in linea con quanto richiesto a livello Nazionale dalle competent authority (Centro Nazionale Trapianti), ai fini dell'accreditamento.	10	15
B09	Trapianti autologhi VS parametro nazionale previsto per i Centri Trapianti di Midollo	Effettuare nel 2024 un numero di trapianti autologhi di CSE in linea con quanto richiesto a livello Nazionale dalle competent authority (Centro Nazionale Trapianti), ai fini dell'accreditamento	20	15
B10	Implementazione percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	Riduzione DH diagnostici/chemioterapici e viraggio ai PACC	30%	10
B16				5
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	10
C16	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	Incremento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	100%	10

C18	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	5
E14	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta dei flussi di dati	90%	10
E18				5

DIPARTIMENTO MEDICO POLISPECIALISTICO				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A01	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	10
A04	PDTA piede diabetico	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA	5%	15
A16	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,15	10
A40				15
A43				20
A17	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati)	DRG complicati sul totale DRG complicati e non in degenza ordinaria superiore a 10 gg	10%	10
A19	Contenimento giornate di degenza media dei ricoveri ordinari	Riduzione della degenza media dei ricoveri ordinari vs 2023	80%	15
A20	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico	30%	10
A42				15
A22	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	20
A53	Attività ambulatoriale LEA - prestazioni traccianti	Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale per il raggiungimento dei LEA - prestazioni traccianti	5%	10
A61	Percentuale utilizzo farmaco biosimilare vs originator per pz prosecuzione cura	Incremento utilizzo farmaci biosimilari per pz in cura	90%	10
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	10
B14				5
C16	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	Incremento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della cartella clinica PACC informatizzata e della scheda di dimissione ospedaliera ambulatoriale (SDA)	100%	10

C18	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	5
C33	Compilazione cartella informatizzata	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici e infermieristici)	85%	5
C38				10
C34	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	10
E14	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta dei flussi di dati	90%	5
E18				10
E17	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica (attivazione della refertazione elettronica anche per le UO Ordinarie, Day Surgery e Interventi ambulatoriali)	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica	100%	10

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E DELLA SALUTE DELLA DONNA				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A13	Ob. CORE NSG - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	Indicatore H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni	70%	20
A14	Ob. CORE NSG - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti nei reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	Indicatore H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti	150	20
A16	Ob. CORE NSG - Dimissioni con DRG "inappropriato" da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	Indicatore H04Z - Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,15	10
A17	DRG complicati (DRG_CC) esprime la percentuale di schede attribuite a DRG complicati sul totale delle schede attribuite a DRG omologhi (cioè a DRG complicati e non complicati)	DRG complicati sul totale DRG complicati e non in degenza ordinaria superiore a 10 gg	10%	5
A41				10
A49				15
A18	Ricoveri programmati con intervento, degenza media minore di 5 giorni	Percentuale di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5 gg	99%	25
A20	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi	Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico Percentuale di riduzione dei DH di tipo diagnostico	30%	5
A39				10
A24	Rispetto tempi di attesa per la consulenza per il percorso di tumore maligno alla mammella come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	100%	20
A48	Ob. CORE NSG - Percentuale di parti cesarei primari in maternità di I livello (< 1000 parti) con nessun pregresso cesareo NPC	Indicatore H17C - Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NB percentuale con le indicazioni del PNE è differente in relazione alla complessità delle pazienti con il previsto risk ajustement	25%	20
A53	Attività ambulatoriale LEA - prestazioni traccianti	Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale per il raggiungimento dei LEA - prestazioni traccianti	5%	10
B04	Degenza media pre-operatoria nei pazienti programmati <1 giorno	Contenimento degenza media pre-operatoria nei pazienti programmati a max 1 giorno	99%	10
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	5
B14				10

C18	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	5
C34	Compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna	Percentuale di compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione e relativa consegna al SIMT	100%	10
C35	Appropriatezza nella compilazione della SDO	Percentuale di SDO non compilate correttamente	5%	15

DIPARTIMENTO DELLE TECNOLOGIE AVANZATE DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E DEI SERVIZI SANITARI				
CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A01	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	10
A02	PDTA Impianti Placentari Anomali (IPA)	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA	90%	20
A03	PDTA Procedure for Postpartum Hemorrhage Period (PPH)	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA	90%	10
A04	PDTA piede diabetico	Adeguatezza percorso diagnostico terapeutico assistenziale-monitoraggio pazienti trattati nel PDTA	5%	15
A05	Attivazione progetto "DH per pazienti fragili" presso UOC Genetica Medica e di Laboratorio	Ricoveri in Day Hospital per pazienti affetti da disabilità e/o malattia rara	30	10
A06	Allestimento ambulatorio dedicato alle coppie affette da infertilità e/o poliabortività	Numerosità consulenze genetiche preconcezionali (cod. 89010.003)	60	15
A07	Incremento degli accessi e della refertazione di esomi clinici relativi a pazienti affetti da malattia rara non diagnosticata tramite metodica NGS	Incremento del 10% delle refertazioni di campioni per analisi di esoma clinico rispetto all'anno precedente	10%	20
A08	Integrazione delle analisi in NGS su DNA ed RNA estratto da materiale neoplastico in pazienti oncologici per profilazione genomica ai fini prognostici e terapeutici	Avvio della metodica completa ed accettazione di campioni per profilazione genomica su DNA e RNA estratto da tessuto neoplastico	55	10
A15	Ob. CORE NSG - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti nei reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	Indicatore H02Z - Diagnosi finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo	100%	20
A22	Rispetto tempi di attesa per la consulenza come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	90%	20
A36	Partecipazione ai G.O.M. (gruppo oncologico multidisciplinare)	Supporto a tutti gli incontri dei G.O.M.	100%	20
A54	Prestazioni di interventistica	Incremento delle prestazioni di interventistica	10%	20
A55	Autosufficienza sangue	Garantire il mantenimento dell'autosufficienza sangue per l'azienda e per le strutture accreditate con l'azienda	100%	25

A56	Rispetto dei tempi di refertazione in linea con regolamento aziendale	Percentuale di refertazioni evase entro i termini	90%	10
A57	Controllo delle biopsie e dei prelievi	Partecipazioni alle attività della radiologia per controllo delle biopsie e dei prelievi	100%	10
A58	Controllo dei prelievi	Partecipazioni alle attività di controllo dei prelievi in pneumologia interventistica	100%	10
A59	Rispetto tempi di attesa per la consulenza per il percorso di tumore maligno alla mammella come previsto dal regolamento aziendale	Percentuale di consulenze evase entro i termini	100%	15
B01	Dosimetria pazienti nelle procedure di radioembolizzazione in medicina nucleare	Dosimetria pazienti per i quali viene effettuata procedura di radioembolizzazione in medicina nucleare	85%	20
B12	Segnalazione eventi avversi, near miss su Talete	Percentuale di segnalazione di eventi avversi, near miss inoltrate a mezzo software Talete	100%	10
C01	Verifiche di radioprotezione apparecchiature radiologiche	Percentuale di verifiche di radioprotezione apparecchiature radiologiche e di sicurezza RM	100%	20
C02	Copertura e screenig al 100% del personale soggetto a rischio radiologico (RX, RM, LASER).	Percentuale personale sottoposto a rischio radiologico che ha ricevuto lo screening	95%	20
C08	Referti firmati digitalmente per l'Invio al FSE	Percentuale dei referti firmati digitalmente per l'Invio al FSE	85%	20
C48			10	
C09	Realizzazione del collegamento in rete e del controllo da remoto	Realizzazione del collegamento in rete e del controllo da remoto per gli emogasanalizzatori installati nell'anno 2023	90%	10
C10	Realizzazione del percorso di catena di custodia pervenuti per il Percorso Rosa	Avvenuta realizzazione del percorso di catena di custodia pervenuti per il Percorso Rosa	100%	10
C33	Compilazione cartella informatizzata	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici e infermieristici)	85%	5
C37	Rispetto dei tempi di attesa indagini strumentali	Tempi di attesa per indagini strumentali in target	85%	20
E03	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica (attivazione della refertazione elettronica anche per le UO Ordinarie, Day Surgery e Interventi ambulatoriali)	Compilazione referto operatorio nella cartella elettronica	100%	15
E11	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta flussi dati	Rispetto dei tempi per il debito informativo nell'ambito dell'Azienda e vs tutti i canali di raccolta dei flussi di dati	90%	15

E23	Tempestività di rilevazione dei flussi e misurazione della performance	Tempi di validazione delle unità di sangue dalla donazione alla pronta disponibilità max 48 ore	90%	15
E26	Programmazione di attività diagnostica di medicina nucleare	Attività diagnostica di medicina nucleare da espletare in max 72h in relazione ai pazienti oncologici ricoverati	100%	20
E30	Moduli di avvenuta trasfusione ricevuti	Monitoraggio trimestrale di avvenuta ricezione dei moduli di trasfusione dalle UUOO	4	10
G18	Comunicazione numero tamponi positivi	Report mensile numero tamponi positivi a tutte le UU.OO. ed al C.I.C.A.	100%	20

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI STRATEGICI E DI AREA SANITARIA

CD	Obiettivo	Indicatore	Soglia	Peso
A29	Media donazioni annue	Mantenimento del numero di donazioni annuali rispetto alla media ponderata degli ultimi 5 anni	100%	10
B02	Monitoraggio del livello di utilizzo della CCE per i ricoveri ordinari	Rilevazione campionaria effettuata in 2 giorni indice per mese	85%	20
B03	Monitoraggio trimestrale degli indicatori inerenti gli obiettivi sanitari assegnati al DG (DPGR n.106 del 04/08/22) ad esclusione di quelli inerenti il DH, chiusi a fine anno. La rilevazione viene effettuata sulle SDO che risultano validate.	Monitoraggio trimestrale degli indicatori inerenti gli obiettivi sanitari assegnati al DG e proposta di eventuali azioni correttive	4	20
B07	Somministrazione di questionari per la rilevazione della qualità dell'assistenza percepita dell'attività intramuraria in reparto	Livello di qualità percepita dagli utenti relativamente ai servizi assistenziali	4,5	20
C12	Valutare l'appropriatezza dei fabbisogni di beni di interesse sanitario oltre alle tecnologie anche farmaci, dispositivi medici ed altri articoli sanitari	Percentuale di istanze relative al fabbisogno sanitario valutate	80%	10
C13	Tempestività nella valutare l'appropriatezza dei fabbisogni di beni di interesse sanitario (oltre alle tecnologie anche farmaci, dispositivi medici ed altri articoli sanitari)	Percentuale di istanze valutate nei 10 gg	80%	10
C14	Contenimento ore di straordinario del personale del comparto	Ore straordinario annue, per testa, relative al personale afferente la palazzina M	40	20
C15	Report trimestrale monitoraggio volumi di attività intramoenia vs istituzionale con risoluzioni di eventuali discrasie	Report rilasciati relativi al monitoraggio dell'attività intramoenia	4	10
C20	Rapporto con l'utenza	Numero di segnalazioni ricevute a carico del personale CUP-ticket	5	10
C26	Trasmissione flussi mensili pazienti ricoverati attività intramuraria	Trasmissione flussi mensili pazienti ricoverati entro 5 mese successivo	100%	10
C30	Comitato Valutazione dei Sinistri ai sensi del D.lgs. 24 /2017 valutazione del contenzioso	Percentuale pratiche trattate in copertura assicurativa	85%	15
C36	Autorizzazione alla cremazione di cadavere (D.P.R. n° 285 del 10.09.1990, legge 30 marzo 2001 n. 130)	Completamento iter medico-legale nulla osta alla cremazione	85%	35
C50	Pazienti movimentati pro die	Percentuale di pazienti movimentati pro die rispetto ai programmati totali (comprensivi di diagnostiche)	85%	10
C51	Trasferimenti effettuati pro die	Percentuale di trasferimenti effettuati pro die, verso UUOO interne, a fronte di quanto richiesto	85%	20

C52	Disponibilità ricettive acquisite, pro die	Disponibilità ricettive acquisite su disponibilità ricettive totali	85%	20
C54	Compilazione cartella informatizzata per la preospedalizzazione	Utilizzo cartella clinica informatizzata (campi medici e infermieristici)	85%	10
C55	Consuntivazione ore di lavoro straordinario unità sanitarie	Report mensile ore di lavoro straordinario unità sanitarie	12	12
C59	Contenimento ore di straordinario del personale del comparto	Ore straordinario annue, per testa, relative al personale afferente alla UOSD Preospedalizzazione Centralizzata	50	15
C60	Trasmissione flussi mensili pazienti preospedalizzati	Trasmissione flussi mensili pazienti preospedalizzati entro il giorno 5 del mese successivo	100%	20
E04	Promuovere le attività del gruppo di supporto alla Direzione Sanitaria per la valutazione delle tecnologie sanitarie	Percentuali di riunioni effettuate con il gruppo di supporto alla D.S.	24	10
E05	Pulizia liste di attesa ambulatoriali	Percentuali bonifica liste di attesa ambulatoriali	80%	10
E07	Pulizia liste di attesa ricovero chirurgico	Percentuali bonifica liste di attesa ricovero chirurgico	80%	10
E19	Rispetto dei tempi per l'invio del report dei posti letto azienda individuati per UUOO	Invio entro il 5 di ogni mese dell'aggiornamento dei posti letto (non tecnici) azienda individuati per UUOO	90%	10
E21	Giacenze fisiche del magazzino farmaceutico e le giacenze fisiche presso tutti i reparti dell'azienda	Certificazione trimestrale delle giacenze fisiche del magazzino farmaceutico e le giacenze fisiche presso tutti i reparti dell'azienda	4	15
E29	Continuità assistenziale e appropriatezza turnistica mensile	Incontri informativi quadrimestrali con le direzioni: aziendali, dipartimentali e delle UOC sanitarie, finalizzati alla continuità assistenziale e verifica dell'appropriatezza delle turnistiche mensili pubblicate	3	12
F02	Attuazione e completamento del piano formativo previsto per l'anno 2024	Percentuale di corsi attivati, comprese le riedizioni, per anno 2024	40%	15
F03	Attività di tirocini curriculari in rete Intra e extra formativa	Alimentazione e tenuta del database sulle attività di tirocini curriculari in rete Intra e extra formativa	100%	15
F04	Attività conto terzi	Incremento delle attività conto terzi	5%	15
F05	Avanzamento della macro progettazione relativa al piano formativo aziendale 2024	Relazione semestrale stato avanzamento della macro progettazione piano formativo aziendale 2024	2	15
G01	Controlli interni di accuratezza della compilazione e codifica delle SDO	Controlli interni di accuratezza della compilazione e codifica delle SDO attraverso la revisione delle cartelle cliniche con	20%	20

		conseguente, recoding delle relativa SDO nei casi di codifica inaccurata		
G03	Preospedalizzazione centralizzata per le procedure programmate	Percentuale di pazienti preospedalizzati per le procedure programmate	95%	15
G11	Rimborsi da MEA	Monitoraggio prescrizioni del singolo farmaco vs totale farmaco erogato	0,9	10
G12	Attività di audit armadio farmaceutico e dispositivi medici e specialistici di reparto	Numero di audit effettuati	15	10
G13	Attività di pianificazione degli acquisti, approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione dei beni sanitari (dispositivi medici e farmaci)	Relazione semestrale sull'attività di pianificazione degli acquisti	2	10
G14	Robotizzazione farmaceutica	Collaborazione con le UUOCC: GRT, Ingegneria Clinica e GSI per la stesura delle schede di ammissione al finanziamento per la robotizzazione farmaceutica	100%	5
G15	Uniformità ed omogeneità comportamentale per l'adozione di comportamenti organizzativi e gestionali nel ruolo di coordinamento	Pianificazione formativa finalizzata all'omogeneità gestionale, profili: coordinatore infermiere e tecnico sanitario coordinatore	100%	12
G16	Incarichi, funzioni e posizioni funzionali	Pianificazione, sviluppo e attribuzione incarichi, funzioni e posizioni funzionali	100%	12
G17	Fabbisogno, per singola UOC, di personale ruolo sanitario area comparto	Pianificazione, e relativa, programmazione fabbisogno per singola UOC di personale ruolo sanitario area comparto	100%	12

2.3 Sottosezione di programmazione: Rischi Corruttivi e Trasparenza

Premessa

L'Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli si appresta a presentare il proprio Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) per il 2024, un documento strategico che riflette l'impegno costante nell'evoluzione e nell'ottimizzazione delle sue pratiche operative. L'attuale edizione del PIAO si distingue per essere il frutto di un attento aggiornamento, attentamente plasmato per rispecchiare le dinamiche organizzative che si sono sviluppate nel corso dell'anno precedente.

Il contesto attuale è caratterizzato da significativi cambiamenti interni, con una ristrutturazione che ha influenzato positivamente la struttura organizzativa dell'Azienda Ospedaliera. L'adattamento continuo alle esigenze emergenti nel settore sanitario ha permesso un'ottimizzazione delle risorse e una maggiore efficienza nei processi, elementi cruciali per garantire la massima qualità dell'assistenza erogata.

Un ulteriore elemento di rilevanza nell'elaborazione di questo PIAO è rappresentato dall'esperienza maturata dal nuovo Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza presso l'Azienda Ospedaliera. Il suo contributo, improntato alla promozione di una cultura etica e trasparente, ha permeato le linee guida del piano, orientando le azioni verso una gestione ancor più responsabile e conforme ai principi di integrità.

Inoltre, il PIAO 2024 tiene debitamente conto della fase di piena operatività degli interventi inclusi nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questi interventi, mirati al potenziamento delle infrastrutture sanitarie e alla digitalizzazione dei processi, hanno un impatto diretto sulle attività quotidiane dell'Azienda Ospedaliera, richiedendo una coerente integrazione con le strategie delineate nel presente documento.

Il PIAO 2024 rappresenta, pertanto, uno strumento dinamico e adattabile, progettato per rispondere con efficacia alle sfide emergenti nel contesto sanitario, sottolineando il costante impegno dell'Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli nella ricerca dell'eccellenza e nella soddisfazione delle esigenze della comunità che serve.

Normative e direttive

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”.

- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, “Disposizioni in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”
- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, “Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto “D.Lgs. n. 33 del 2013 -attuazione della trasparenza”;
- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione
- Intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013.
- Delibera della CIVIT n. 75/2013 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001);
- Delibera dell’ANAC n. 146/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati;

- Delibera dell'ANAC n. 149/2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”.
- D.L. n. 66 del 2014 Misure urgenti per la Competitività e la giustizia Sociale
- D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazione in L. 11 agosto 2014 n. 114 “Misure Urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”.
- Circolare n. 6 del 2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione Interpretazione e applicazione dell’articolo 5, comma 9, del decreto-legge n.95 del 2012, come modificato dall’articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n.90
- Delibera dell’ANAC n.10 del 2015 “Individuazione dell’autorità amministrativa competente all’irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art.47 del d. lgs.33/2013)”.
- Delibera dell’ANAC n 22 del 2014 pubblica il 15 Dicembre 2014 “Attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 9, comma 7 e 10, commi 3 e 4 lettere a)e b) del decreto-legge 24 aprile 2014 n.66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89”
- Determinazione dell’ANAC n.1 del 2015 “Criteri interpretativi in ordine alle disposizione dell’art. 38, comma 2-bis e dell’art.46, comma 1-ter del D.Lgs. 12 Aprile 2006, n. 163”.
- Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all’ANAC
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo all’Area rischio Contratti pubblici.
- Delibera dell’ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 “Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo alla parte VII – Sanità.
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e di limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”.
- Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 “Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Circolare n. 2 del 20 maggio 2017 del Ministero per la semplificazione e l P.A. “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA).
- Delibera dell’ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”
- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001”.
- ANAC – “Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021”.

- Delibera ANAC n. 494 del 5 giugno 2019 “Linee guida per l’individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”.
- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021;
- Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (Pna).
- Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, Codice dei contratti pubblici
- Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, Aggiornamento 2023 del PNA 2022.

2.3.1 Obiettivi e azioni del piano

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

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

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

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

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

Il presente PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

- **Sezione A**

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

- **Sezione B**

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

- **Sezione C**

Le misure di prevenzione della corruzione:

- generali - perché incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione;
- specifiche - perché incidono su problemi specifici, individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento

Documenti Allegati

Allegato 2. Tabella Obblighi Trasparenza

Allegato 3. Mappatura delle aree di rischio specifico

2.3.2 Prevenzione della corruzione e performance

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

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

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

- 1) Formazione allargata in materia di corrette procedure da adottare in materia di incarichi extraistituzionali, modalità di
- 2) Aggiornamento della mappa del rischio interno di corruzione all’interno dell’Azienda, sulla base delle peculiarità dell’AORN
- 3) Collaborazione con gli altri servizi aziendali per la definizione e promozione di procedure coordinate volte a limitare il rischio di corruzione
- 4) Revisione delle procedure per la dichiarazione di infungibilità dei beni e formazione del personale;
- 5) Monitoraggio dell’adempimento degli obblighi di pubblicazione.
- 6) Definizione di linee guida aziendali sulla rotazione del personale

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

Principali azioni che l’Azienda ha perseguito nel 2023, nell’ambito delle azioni programmate per il triennio 2023-2025

- 1) Implementazione di un portale aziendale per la gestione organica delle attività dei processi della prevenzione della corruzione
- 2) Creazione di una rete di referenti per le attività di prevenzione della corruzione, trasversale a ciascun servizio
- 3) Individuazione e formazione del personale afferente al gruppo di lavoro del RPCT e – mediante un processo di condivisione delle conoscenze a cascata – avvio di percorsi di formazione continui diretti ai referenti interni ai servizi
- 4) Aggiornamento della mappa del rischio interno di corruzione all’interno dell’Azienda, sulla base delle peculiarità dell’AORN
- 5) Consolidamento e piena digitalizzazione delle procedure per la gestione del whistleblowing;
- 6) Monitoraggio dell’adempimento degli obblighi di pubblicazione.

SEZIONE A

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

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

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

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

Sono parte attiva nella gestione della prevenzione della corruzione:

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

1.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

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

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

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

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

1.2 Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

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

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

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

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

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

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

1.3 Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto

I Direttori di Dipartimento e degli Staff di direzione generale e della direzione sanitaria e amministrativa insieme ai direttori delle strutture organizzative ed ai funzionari, sono i soggetti che, all’interno dell’azienda,

detengono una profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali di loro competenza, di come sono strutturati i procedimenti amministrativi, dei dati contabili, tecnici, amministrativi e sanitari etc. e quindi rappresentano una fonte preziosa e insostituibile di conoscenze, valutazioni, detenzione di dati etc. per cui un loro coinvolgimento nel sistema, rappresenta un punto di forza dal quale partire, ma anche e soprattutto da sviluppare ed incrementare attraverso incontri, riunioni, scambio di vedute e relazioni che trovano la loro piena attuazione nella partecipazione dei direttori nell'analisi dei processi e nell'attuazione della trasparenza amministrativa.

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

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

Nel sistema aziendale **tutti i dipendenti** sono comunque gli attori fondamentali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione, collaborano con il RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione e si

adoperano per l'attuazione della trasparenza, conformano le proprie azioni alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento, segnalano le situazioni di illecito, si astengono in caso di conflitto di interesse

1.4 La Struttura di Supporto al RPCT

In considerazione della complessità e numerosità degli adempimenti, delle problematiche affrontate dalla normativa relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, l'AORN A. Cardarelli individua un'ideale struttura di supporto che coadiuvi il RPCT in tre diverse aree di competenza:

- Supporto giuridico e operativo al RPCT da parte del Coordinatore della struttura anche attraverso la redazione di pareri;
- Supporto operativo al RPCT, monitoraggio flussi dati e help desk per la gestione informatica da parte dei componenti della struttura;
- Formazione ed aggiornamento

In particolare, la Struttura di Supporto svolge tra l'altro le seguenti attività:

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

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

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

L'OIV ha tra i propri compiti:

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

1.6 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

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

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

provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.).

SEZIONE B

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

1. L'Analisi del contesto

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

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

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

La natura dell'ospedale Cardarelli è tale da proporsi come struttura che eroga attività di altissima specializzazione su pazienti con problematiche estremamente complesse. Tale condizione e il modello di "personalizzazione delle cure" che sempre più sta caratterizzando la nuova frontiera della medicina, spinge sempre di più la sanità pubblica verso un'attività di collaborazione con soggetti privati. La sfida che la sanità pubblica deve affrontare nei prossimi anni è promuovere un modello innovativo di assistenza anche in collaborazione coi soggetti privati, senza perdere integrità, autorevolezza ed indipendenza.

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

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

1.1 Il contesto esterno

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

Relativamente all'attuale contesto criminale si rinvia alla relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte d'Appello di Napoli, la quale offre una disamina delle dinamiche criminali associative nella provincia di Napoli

1.2 Il contesto interno

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

Allo stesso tempo, la condizione di “scarsità delle prestazioni” rispetto alla domanda e il bisogno di “rapidità” della risposta sanitaria in un contesto in cui i tempi di attesa minimi sono garantiti in modo prioritario per le patologie di maggiore gravità e per le urgenze, fa sì che vi sia un potenziale rischio corruttivo anche per: i sanitari, coloro che gestiscono le liste di attesa, coloro che valutano le condizioni di urgenza di un dato intervento.

2. Lo scenario

2.1 Il rapporto Transparency International Italia

L'indagine condotta dalla Transparency International vede l'Italia, nel 2021, al 42° posto nel mondo, con un Indice di Percezione della Corruzione (CPI), nel settore pubblico e nella politica, che raggiunge 56 punti su 100. Tale dato registra un miglioramento rispetto all'anno precedente, risultato della crescente attenzione dedicata al problema della corruzione

Con specifico riferimento al settore sanitario, il Rapporto di Transparency International Italia “Corruzione e sprechi in Sanità” individua cinque ambiti principali a cui sono associate specifiche problematiche corruttive:

Ambito	Problematiche
<i>Nomine</i>	Ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze
<i>Farmaceutica</i>	Aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli
<i>Procurement</i>	Gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate a cartelli, infiltrazione crimine organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate
<i>Negligenza</i>	Scorrimiento liste di attesa, dirottamento verso sanità privata, false dichiarazioni (intramoenia), omessi versamenti (intramoenia)

<i>Sanità privata</i>	Mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni drg, falso documentale.
-----------------------	---

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

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

2.2 Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale

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

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

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

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

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

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

Standardizzare ed informatizzare le procedure di acquisto, di approvvigionamento, di richiesta di beni e servizi da parte dei reparti.

SEZIONE C

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

1. Un sistema in evoluzione

L'AORN A. Cardarelli ha avviato una profonda revisione del processo di gestione della prevenzione del rischio corruttivo. Si è passati, infatti, da un sistema di controlli *una tantum* settoriali ad un modello di gestione dei processi organico e totalmente digitalizzato.

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

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

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

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

Per far ciò, gli strumenti necessari sono:

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

Per il triennio 2023 - 2025 gli obiettivi principali sono:

- digitalizzazione dei processi connessi alla Trasparenza e all'Anticorruzione;
- realizzazione di voci più specifiche della mappatura dei rischi;
- definizione di un programma formativo pluriennale, capace di accompagnare l'evoluzione organizzativa ed informativa del sistema di prevenzione della corruzione;
- monitoraggio delle procedure, promuovendone la standardizzazione.

2. Le misure generali di prevenzione della corruzione

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

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

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

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

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

- nel caso di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni si applica il disposto dell'articolo 32-quinquies del codice penale.

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

b. La rotazione straordinaria

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

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

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

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

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

c. Doveri di comportamento

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

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi di propri codici di comportamento, definiti con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV. Detti codici rivisitano, in rapporto alla

condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale – approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 – al fine di integrarli e specificarli.

L'adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione/mal amministrazione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all'amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Ne discende che il codice è elaborato in stretta sinergia con il PTPCT. Il fine è quello di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

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

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

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

d. conflitto di interesse

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

Il conflitto può essere:

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

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

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

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

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

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'Azienda, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'Azienda, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocimento all'immagine dell'Azienda, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 29/2013 o da altre disposizioni di legge (inconferibilità e incompatibilità);

- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D.Lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", presentano una situazione di conflitto di interessi.
- In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

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

e. Le inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Le disposizioni tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

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

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

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

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

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

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

Con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013 "Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione", viene disposto il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia di reato. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità.

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

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

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

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

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

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

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

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

h. Divieti post-employment (pantouflage)

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

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

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

In materia di pantouflage, l'Azienda è chiamata a verificare l'attuazione delle misure di prevenzione del suddetto istituto, attraverso l'acquisizione di informazioni utili, come, ad esempio, la consultazione delle banche dati liberamente accessibili da parte delle PP.AA o la richiesta all'Agenzia delle Entrate circa l'esistenza di redditi da lavoro dell'ex dipendente pubblico.

Per lo svolgimento di tali compiti, il RPCT può individuare i servizi aziendali competenti per l'applicazione dell'istituto in parola.

i. I patti d'integrità

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

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

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

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

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

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

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

Azioni previste per il triennio 2023-2025

L'azienda si è dotata di uno specifico regolamento per il whistleblowing e di una piattaforma informatica che garantisce i criteri di sicurezza e riservatezza previsti dal legislatore.

Tutte le segnalazioni che dovessero pervenire, oltre ad essere oggetto di specifica attività contribuiranno ad individuare nuove aree esposte ai rischi corruttivi.

k. La formazione

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

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

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

l. la rotazione ordinaria

La rotazione c.d. ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

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

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

La rotazione delle funzioni nel triennio 2023-2025

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

Nel triennio 2023-2025 è in corso l'adozione di provvedimenti volti ad assicurare la rotazione ordinaria.

2.1 Le misure specifiche

Al di là delle misure generali di prevenzione l'AORN metterà in campo delle azioni specifiche di prevenzione, *in primis* la mappatura dei processi e la correlata valutazione dei rischi associata a ciascun processo. Tale attività deve essere approfondita nel corso del 2023, al fine dettagliare in modo preciso e specifico i diversi processi.

2.2 La mappatura dei processi

Consiste nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi.

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

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

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

Gli elementi utili per la descrizione di un processo sono:

- elementi di ingresso che innescano il processo – input;

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

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

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

- Acquisizione e gestione del personale;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Attività di vigilanza, controllo, ispezione;
- Attività Legale e Procedimenti sanzionatori;
- Attività libero professionali e liste di attesa;
- Contratti pubblici;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Gestione di risorse economico-finanziarie;
- Incarichi e nomine;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Rilevazione presenze.

2.3 La valutazione del rischio

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

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

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

2.4 La identificazione degli eventi rischiosi

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

In questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. Per poter procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni amministrazione utilizzi una pluralità di tecniche e prenda in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative. A titolo esemplificativo, le fonti informative utilizzabili sono costituite da:

- le risultanze dell'analisi del contesto esterno ed interno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo;
- interno (es. internal audit) laddove presenti;

- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altre modalità (es. segnalazioni raccolte dall'URP);
- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'ANAC per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa, analizzati nel corso di momenti di confronto e collaborazione.

2.5 L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha come obiettivi quelli di:

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

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

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

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

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

- livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda le azioni da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione. La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

2.6 Il trattamento del rischio

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

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

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

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

2.7 Monitoraggio riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. A riguardo, si possono distinguere due sottofasi:

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

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

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

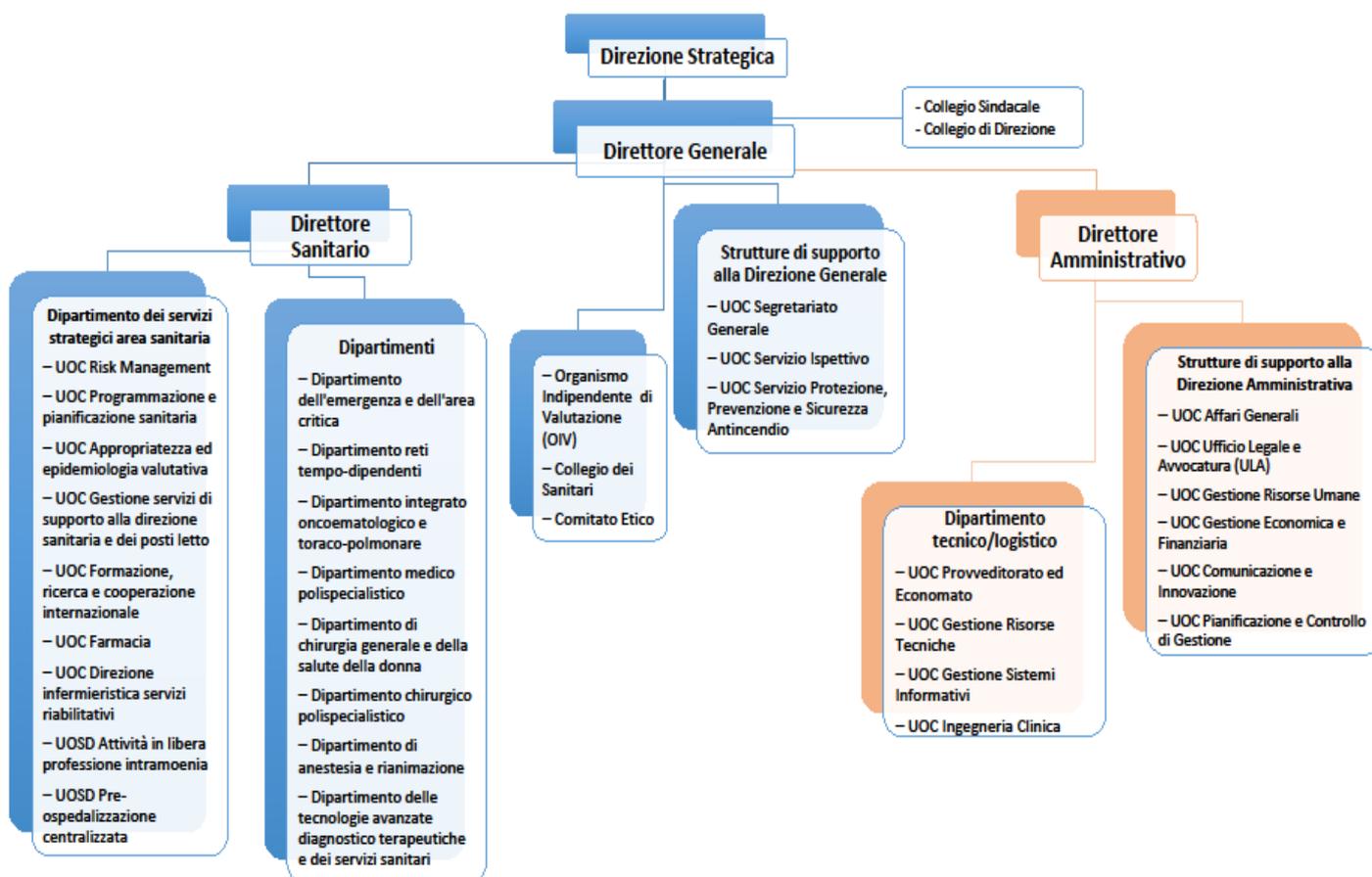
SEZIONE 3

Organizzazione e capitale umano

3.1 Sottosezione di programmazione: Struttura Organizzativa

3.1.1 Organigramma aziendale

L'organigramma aziendale, così come previsto nella figura sotto riportata, è stato ottenuto dal nuovo Atto Aziendale dell'AORN A. Cardarelli, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 19/07/2023.



3.2 Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile

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

Premessa

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

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

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

Tale collaborazione si basa sui seguenti principi:

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

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

3.2.1 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

A seguito del manifestarsi, a partire dai primi mesi del 2020, dell'emergenza sanitaria l'AORN A. Cardarelli ha sin da subito dato disposizioni al proprio personale al fine di organizzare, compatibilmente con le esigenze aziendali, modalità di lavoro agile per i lavoratori che ne avessero fatto richiesta, disponendo che ciascun Direttore/Responsabile di U.O. amministrativa, tecnica e professionale organizzasse le attività lavorative all'interno della rispettiva struttura, favorendo, ove possibile, forme di lavoro agile.

3.2.1.1 Modalità attuative

L'azienda ha disposto che:

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

A tal proposito, pare opportuno rilevare che si considerano tali quelle attività che non necessitano per il loro espletamento della presenza fisica in ufficio e siano, dunque, almeno in parte delocalizzabili, senza recare disagio alla funzionalità, efficienza e trasparenza della struttura organizzativa, quindi con la presenza di un nucleo operativo sufficiente ad impedire rallentamenti delle procedure e disservizi.

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

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

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

- utenza telefonica fissa o mobile con dichiarazione di reperibilità nell'ambito dell'orario di lavoro istituzionale;

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

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

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

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

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

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

- affetti da gravi e comprovate patologie per le quali residui una ridotta capacità lavorativa, o immunodepressi o trapiantati;
- lavoratori con figli affetti da disabilità ai sensi dell'art.3 legge 104/92;
- dipendenti che devono attendere alla cura dei figli minori, non risultando altro familiare convivente che possa provvedere all'assistenza;
- dipendenti che devono attendere alla cura di parenti conviventi affetti da gravi patologie in assenza di altro familiare convivente che possa attendere alla cura degli stessi.

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

Procedura e svolgimento della prestazione

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

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

Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una modalità di accesso da remoto sicura con credenziali rilasciate dalla UOC GSI, che consentirà l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari alla prestazione lavorativa.

Resta inteso che l'autorizzazione definitiva sarà rilasciata previa verifica tecnica della raggiungibilità della sede di lavoro agile da parte della rete aziendale e la compatibilità delle dotazioni informatiche in possesso del dipendente.

Il dipendente potrà essere raggiungibile telefonicamente facendo inoltrare le chiamate sul proprio telefono personale o, se assegnato, sul telefono di servizio, fermo restando che deve essere sempre possibile poter raggiungere il dipendente. In alternativa il dipendente potrà essere raggiunto attraverso lo strumento aziendale Microsoft Teams già in dotazione o su strumenti ulteriori basati su tecnologia analoga messi a disposizione dalla UOC GSI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e) il dipendente si collegherà in teleconferenza con il Direttore della struttura per la normale attività di servizio e con gli altri dipendenti della struttura mediante Microsoft Teams in dotazione;

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

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

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

i) il dipendente assicurerà la reperibilità telefonica nell'orario, fatto salvo il periodo.....;

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

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

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

- ad eseguire la prestazione lavorativa in modalità smart working, nel pieno rispetto dei vigenti obblighi di riservatezza e di protezione dei dati personali;

- rispettare le norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro e sull'utilizzo delle strumentazioni tecniche, nonché le specifiche norme sulla salute e sicurezza nel lavoro agile di cui all'articolo 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81;

- a rispettare la vigente normativa in materia di sicurezza dei dati;

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

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

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

Il Dipendente

Il Direttore

Allegato A

Lettera di incarico

Oggetto: Lettera di nomina quale persona autorizzata al trattamento dati

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

al Sig./ Sig.ra _____,

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

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

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

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

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

In caso di “Lavoro da casa” o “lavoro Agile” o altri tipi di gestioni lavorative che permettono l’utilizzo di banche

dati di proprietà dell’AORN Cardarelli, da remoto, attraverso reti privilegiate, il dipendente è tenuto a

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

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

Per conoscenza ed accettazione

Dipendente autorizzato al trattamento dati

Il delegato di Funzione dei dati

3.2.3 Percorsi Formativi

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

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

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

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

3.2.4 Soggetti del lavoro agile

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

Dirigenti

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

Direttore U.O.C. GSI: fornisce al lavoratore gli strumenti software per l'accesso in sicurezza alla rete aziendale. Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane: provvede alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working e procede al monitoraggio informandone la Direzione Strategica.

Personale Dipendente

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

Comitato Unico Di Garanzia (CUG)

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

Organismo Indipendente Di Valutazione (OIV)

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

Responsabile Della Transizione Al Digitale (Rtd)

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

3.2.5 Strumenti e Programma di sviluppo del lavoro agile

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

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

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

Gli indicatori di efficacia ed efficienza devono essere misurati dai sistemi di controllo di gestione. Laddove i sistemi non siano ancora a un livello di maturità da consentire tali rilevazioni, è compito del dirigente responsabile della struttura in cui opera il dipendente che ha usufruito del lavoro agile, reperire le informazioni resi disponibili dai diversi sistemi informativi in uso per la gestione delle attività lavorative, al fine di monitorare e verificare le attività svolte dal dipendente e comunicare i valori, comprese quelle in lavoro agile. Il dirigente o funzionario responsabile deve, inoltre, verificare la qualità del lavoro realizzato.

Si riporta di seguito il sistema di indicatori, da implementare lungo le tre fasi, che sarà utilizzato per misurare il livello raggiunto, così come previsto dalle “Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance (Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall’articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77).

Le “x” nelle caselle indicano l’anno a partire dal quale inizierà il monitoraggio dell’indicatore.

Obiettivi	n	Indicatori	Fase di Avvio 2022	Fase di sviluppo Intermedio 2023	Fase di sviluppo Avanzato 2024	Fase di sviluppo Avanzato 2025
Salute Organizzativa						
Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile	1	Presenza di un coordinamento organizzativo di lavoro agile	x			
	2	Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile		x		
	3	Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile	x	x	x	x
	4	Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e/o per progetti processi		x		
Salute Professionale						
Verifica dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari	5	% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno			x	
	6	% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o progetti e/o per processi per coordinare il personale			x	
	7	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno			x	
	8	% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi			x	
Verifica dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari	9	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno			x	
	10	% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione			x	
Salute Economico-finanziaria						
Verifica delle spese sostenute per potenziare il lavoro agile in Azienda	11	€ Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile			x	
	12	€ investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile		x		
	13	€ investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi		x		
Obiettivi	n	Indicatori	Fase di Avvio 2022	Fase di sviluppo Intermedio 2023	Fase di sviluppo Avanzato 2024	Fase di sviluppo Avanzato 2025
Salute Digitale						
	14	N. PC per lavoro agile		x		

Garantire l'espletamento del lavoro agile tramite l'utilizzo degli strumenti informativi aziendali	15	% lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati		x		
	16	Sistema di accesso da remoto		x	x	x
	17	Intranet		x		
	18	Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	x	x	x	x
	19	% Applicativi consultabili in lavoro agile	x	x	x	x
	20	% Banche dati consultabili in lavoro agile	x			
	21	% Firma digitale tra i lavori agili	x	x	x	x
	22	% Processi digitalizzati		x	x	x
23	% Servizi digitalizzati		x			
Indicatori quantitativi						
Misurare il livello di utilizzo del lavoro agile	24	% lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali		x		
	25	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali		x		
Indicatori qualitativi						
Misurare il livello di soddisfazione del personale coinvolto	26	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età		x		
	26.a	% dirigenti/ posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori		x		
	26.b	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti		x		
	26.c	% donne soddisfatte		x		
	26.d	% uomini soddisfatti		x		
	26.e	% dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti		x		
	26.f	% dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti		x		
Economicità						
Ridurre i costi aziendali per utenze, stampe, ecc.	27	Riflesso economico - riduzione dei costi			x	
Ridurre i costi aziendali per utenze, stampe, ecc	27.a	€ Costo per utenze elettricità			x	
	27.b	€ Costo per utenze telefonia			x	
	27.c	€ Costo per materiali di cancelleria			x	
	28	Riflesso patrimoniale - Valore economico degli ammortamenti				x
Efficienza						
Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile	29	Efficienza produttiva				x
Migliorare la performance organizzativa attraverso l'utilizzo del lavoro agile	29.a	Diminuzione delle assenze				x
	29.b	Aumento della produttività: n. pratiche lavorate in Smart Working/totale delle pratiche lavorate			x	
	30	Efficienza Economica - vedi indicatore n. 27			x	
	31	Efficienza Temporale - Riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche ordinarie			x	
Obiettivi	n	Indicatori	Fase di Avvio 2022	Fase di sviluppo Intermedio 2023	Fase di sviluppo Avanzato 2024	Fase di sviluppo Avanzato 2025
Efficacia						
Migliorare la performance organizzativa attraverso	32	efficacia quantitativa				x
	32.a	n.gg. In smart working/n. gg. lavorative totali			x	

l'utilizzo del lavoro agile	32.b	n. ore in smart working/ n. ore lavorative totali			x	
	33	efficacia qualitativa				x
	33.a	% di dirigenti soddisfatti delle attività svolte dai propri dipendenti in lavoro agile			x	
	33.b	% di pratiche svolte in modalità di lavoro agile che rispettano standard aziendali			x	

3.3 Sottosezione di programmazione: Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

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

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

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

Il piano triennale dei fabbisogni del personale (P.T.F.T.) 2022 – 2024 adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 76 del 26.01.2024 ad oggetto: “Adozione, in via provvisoria, del Piano Triennale Fabbisogno del personale (PTFP) – Triennio 2022-2024” è stato predisposto in conformità con l’art. 6 D.lgs. n. 165/2001 e con la DGRC n. 593 del 22.12.2020 contenente il disciplinare tecnico della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSR oltreché nel rispetto dei vincoli di spesa imposti dalla Legge n. 191/2009, anche alla luce del contenimento del costo del biennio 2022-2023.

Tabella A PTFP 2022-2024

AO CARDARELLI	PERSONALE IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO 31.12.2021	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
RUOLO SANITARIO	2.668	3.635	967	462	135	220	107
Dirigenti Medici	805	1.073	268	181	77	54	50
Dirigenti Sanitari	39	99	60	21	7	4	10
Personale del comparto area sanitaria	1.824	2.463	639	260	51	162	47
<i>di cui personale infermieristico</i>	1.557	1.846	289	193	29	138	26
RUOLO TECNICO	115	202	87	57	4	43	10
Dirigenti	-	30	30	4	1	3	
Personale del comparto area tecnica	115	172	57	53	3	40	10
RUOLO SOCIO SANITARIO	348	587	239	212	84	108	20
OSS	336	570	234	207	84	103	20
Assistenti Sociali	12	17	5	5	-	5	
RUOLO PROFESSIONALE	15	26	11	7	-	1	6
Dirigenti	10	20	10	7		1	6
Personale del comparto area professionale	5	6	1	-			
RUOLO AMMINISTRATIVO	270	413	143	47	17	10	20
Dirigenti	10	63	53	3	3		
Personale del comparto area amministrativo	260	350	90	44	14	10	20
TOTALE	3.416	4.863	1.447	785	240	382	163

3.3.2 Piano delle azioni positive 2024-2026 (P.A.P.)

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.), istituito il 15/03/2019 con Deliberazione del Direttore Generale n. 277 nell'ambito dei propri compiti propositivi previsti da normativa, ha realizzato in continuità con il P.A.P. precedente il nuovo Piano di Azioni Positive relativo al triennio 2024 – 2026.

In ottemperanza all'art. 48 D.lgs. 198/06, recante 'Codice delle pari opportunità tra uomo e donna', a norma dell'articolo 6 della Legge 28 novembre 2005, n. 246, il Piano delle Azioni Positive deve essere obbligatoriamente presentato dalle P.A., al fine di non incorrere nella sanzione prevista per i soggetti inadempienti dal D. Lgs. 165 del 2001, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche" (art. 6, c.6) che dispone il blocco dell'assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette. A manifestare quanto sia importante lo stimolo che le amministrazioni pubbliche possono fornire nello svolgere un ruolo positivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale, è la Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella P.A. con la Ministra per i Diritti e le Pari Opportunità, "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche", con un richiamo particolare alla direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE. La Direttiva del Consiglio dei Ministri n 2 del 26 giugno del 2019 stabilisce,

poi, le linee di indirizzo in materia di promozione della parità e delle pari opportunità e sostituisce la precedente direttiva 23 maggio 2007 e aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva 4 marzo 2011 sul funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro lo Discriminazioni.

In equilibrio con il contesto regionale, il PAP ha altresì considerato i contenuti adottati in Regione Campania con la Delibera della Giunta Regionale n.41/2023 “P.I.A.O. (Piano Integrato di Attività e Organizzazione)” allegato 4, focalizzando i seguenti punti:

- a) promuovere e garantire il rispetto delle pari opportunità in materia di formazione, retribuzione, aggiornamento, qualificazione professionale, valorizzazione delle competenze e fruizione dei benefici contrattuali;
- b) rafforzare gli strumenti a favore della genitorialità e la famiglia, promuovere e sperimentare forme di flessibilità del lavoro finalizzate ad una efficace organizzazione dello stesso, ad una migliore conciliazione dei tempi vita/lavoro ed al superamento di specifiche condizioni di disagio;
- c) incrementare il benessere organizzativo, promuovendo la sicurezza dei luoghi di lavoro, il contrasto alle discriminazioni, vessazioni e mobbing, prevenire forme di stress lavoro correlato, fornire strumenti utili a favorire l’integrazione e correlare la valutazione della performance ai livelli di benessere organizzativo;
- d) promuovere il ruolo e le attività del Comitato Unico di Garanzia quale strumento delle Amministrazioni per favorire le pari opportunità di genere, anche attraverso il collegamento con altri organi istituzionali, occasioni formative e informative;
- e) pianificare gli obiettivi annuali della performance organizzativa anche in stretto collegamento con gli obiettivi del piano delle azioni positive.

Obiettivi

Il piano triennale delle azioni positive ha come finalità l’individuazione delle azioni che, incidendo significativamente sull’organizzazione dell’Ente, possano guidare lo stesso al raggiungimento di un clima di benessere organizzativo e di assenza di discriminazioni. Le azioni positive si basano sulla regola dell’eguaglianza sostanziale e sulla rilevanza delle differenze di genere

Il presente Piano di Azioni Positive 2024-2026, determina gli obiettivi che si intendono perseguire e le azioni necessarie per conseguirli, e nasce dall’attività propositiva e costruttiva, del CUG.

Il Piano si sviluppa in obiettivi suddivisi in azioni nella cui realizzazione saranno coinvolti gli uffici dell'Ente, ognuno per le parti di propria competenza. Verrà attivata, inoltre, la Rete regionale attraverso la collaborazione con la Consigliera di Parità Regionale.

Nel corso del triennio 2024-2026 il Piano delle Azioni Positive si propone i seguenti obiettivi:

Obiettivo 1: Formazione e Aggiornamento

Programmare attività di formazione e aggiornamento che consentano a tutti i dipendenti di sviluppare una crescita professionale e di carriera e una sensibilizzazione sulla prevenzione e sul contrasto alle discriminazioni per orientamento sessuale ed identità di genere.

AZIONI	ATTORI	TEMPO
I percorsi formativi dovranno essere programmati in orari compatibili con quelli dei lavoratori tenendo conto del benessere organizzativo, della differenza di genere e delle pari opportunità.	CUG Ufficio Formazione Responsabile di Settore UOC Comunicazione e Innovazione	2024/2025/ 2026
Incentivare la formazione sul tema della differenza di genere e contro gli stereotipi in ambito sanitario, individuando gli strumenti atti ad evitare violenze e discriminazioni sul luogo di lavoro.	CUG	
Garantire a tutti i dipendenti la facoltà di proporre richieste di corsi di formazione al proprio responsabile e attraverso questi al settore preposto.	Responsabile di settore	
Attivazione della rete regionale contro le discriminazioni, attivazione rete di collaborazione tra diverse strutture dell'ente	C.U.G. Responsabile di settore Consigliera di Parità regionale	
Individuazione dei temi emergenti sull'identità di genere ed adozione di strumenti atti ad evitarne le discriminanti anche in ambito di Medicina di Genere	C.U.G. Referenti Aziendali della Medicina di Genere	

Obiettivo 2: Conoscere caratteristiche e bisogni del personale dell'azienda

Report statistici per acquisire dati di carattere lavorativo e organizzativo al fine di favorire l'equilibrio e la conciliazione tra le responsabilità familiari e professionali anche mediante una diversa organizzazione del lavoro in ottica di genere.

AZIONI	ATTORI	TEMPO
Rafforzamento e promozione del ruolo e attività del C.U.G.	C.U.G. Ufficio Personale Ragioneria Controllo di gestione Direzione Generale S.P.P. U.O.C. Comunicazione e Innovazione	
Identificazione dei dati necessari e delle loro fonti e costruzioni di una reportistica adeguata	C.U.G. Ufficio Personale Ragioneria Controllo di gestione Direzione Generale	
Prevedere articolazioni orarie diverse e temporanee legate a particolari esigenze familiari e personali con sperimentazioni di nuove tipologie di organizzazione flessibile del lavoro.	C.U.G. Ufficio Personale Ragioneria Controllo di gestione Direzione Generale S.P.P. U.O.C. Comunicazione e Innovazione	2024/2025/ 2026
Prevedere l'applicazione del lavoro agile ove l'organizzazione dell'ufficio lo consenta e in coerenza con la regolamentazione dell'ente di appartenenza	C.U.G. Ufficio Personale Ragioneria Pianificazione e Controllo di gestione Direzione Generale S.P.P. U.O.C. Comunicazione e Innovazione	
Promuovere l'analisi del bilancio dell'Ente, che metta in evidenza quanta parte e quali voci del bilancio dell'amministrazione siano (in modo diretto o indiretto) indirizzate alle donne, quanta parte agli uomini e quanta parte ad entrambi. Al fine di poter allocare le risorse sui servizi, in funzione delle diverse esigenze delle donne e degli uomini del territorio di riferimento, e quindi, la predisposizione del bilancio di genere di cui all'art. 38-septies della legge n. 196 del 2009 ed alla circolare della Ragioneria generale dello Stato n. 9 del 29 marzo 2019.	C.U.G. Ufficio Personale Ragioneria Pianificazione e Controllo di gestione Direzione Generale S.P.P. U.O.C. Comunicazione e Innovazione	

Obiettivo 3: Organizzazione amministrativa, sicurezza sul lavoro, Benessere lavorativo, prevenzione contrasto al mobbing

Miglioramento dell'accessibilità al lavoro, della strumentazione per i lavoratori diversamente abili, della percezione dei lavoratori sulla sicurezza degli ambienti di lavoro con particolare riferimento ai lavoratori

anziani. In tale obiettivo vanno, altresì comprese, tutte le azioni di prevenzione delle situazioni di discriminazione, molestie, mobbing e violenza nei luoghi di lavoro.

AZIONI	ATTORI	TEMPO
Elaborazione di check list da somministrare ai lavoratori da parte dei Rappresentanti lavoratori Sicurezza (RLS);	Direttore Generale Risorse Umane C.U.G. S.P.P.	
Monitoraggio di episodi di vessazioni, discriminazioni, mobbing;	Direttore Generale Risorse Umane S.P.P. C.U.G.	
Indagine di clima lavorativo con relativa organizzazione di focus group per la rilevazione delle criticità sul benessere organizzativo.	S.P.P. C.U.G. U.O.C. Comunicazione e Innovazione	2024/2025/ 2026
Sorveglianza di tutti i documenti di lavoro (relazioni, circolari, decreti, regolamenti, ecc.) affinché utilizzano termini non discriminatori, in attuazione della Direttiva n. 2/19 del Dipartimento della Funzione Pubblica, rubricata “Misure per promuovere le pari opportunità”. (abolizione del “maschile inclusivo” e sostituzione con le due forme).	C.U.G Direttore Generale U.O.C. Comunicazione e Innovazione	
Estendere l’istituto e la costituzione della banca delle ore.	C.U.G.	

Obiettivo 4: Ruolo del C.U.G.

Corrente informativa e comunicazione con gli interlocutori istituzionali, garantire una consulenza ai dipendenti in materia di problematiche organizzative, richiesta di istituzione di un capitolo di bilancio di spesa per il funzionamento e le attività del CUG.

AZIONI	AUTORI	TEMPO
Standardizzazione dei flussi informativi e delle modalità di comunicazione.	C.U.G Direttore Generale Consigliere di Parità Direzione Amministrativa	2024/2025/ 2026

Promuovere la conoscenza del CUG e del piano delle azioni positive attraverso l'aggiornamento della pagina WEB.	C.U.G Direttore Generale Consigliere di Parità Direzione Amministrativa	2024/2025/ 2026
Attivazione di uno sportello di ascolto dedicato a coloro che stanno vivendo un momento di difficoltà o di malessere in ambito lavorativo	C.U.G Direttore Generale Consigliere di Parità Direzione Amministrativa	
Formalizzazione della richiesta	C.U.G Direttore Generale Consigliere di Parità Direzione Amministrativa	

Obiettivo 5: Sviluppo di carriera e professionale

Garantire che le assegnazioni delle posizioni di responsabilità siano attribuite esclusivamente in maniera coerente alla posizione, applicare metodologie premiali che tengano conto della qualità e quantità della prestazione resa.

AZIONI	AUTORI	TEMPO
Tenere conto dell'esperienza maturata all'interno dell'ente o al di fuori di esso	C.U.G. O.S.S. Direzione Generale	2024/2025/ 2026
Tenere conto delle capacità individuali dimostrate e delle potenzialità espresse, tenendo conto del profilo professionale e della categoria di appartenenza.	C.U.G. O.S.S. Direzione Generale	
Utilizzare criteri di proporzionalità, evitando di penalizzare coloro che operano con orario ridotto.	Direzione Generale Risorse Umane C.U.G. O.S.S.	

3.3.2 Durata e diffusione del piano

Il presente piano ha durata triennale, per il periodo 2024/2026. Nel periodo di vigenza saranno raccolti pareri, consigli, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni dei problemi incontrati da parte del personale dipendente, in modo da poter procedere ad un adeguato aggiornamento.

Quadro normativo di riferimento

- Costituzione art. 3, comma 2: “Pari dignità sociale ed eguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge”;
- Costituzione art. 37, comma 1: “Uguaglianza di diritti e parità di retribuzione fra uomini e donne nel rapporto di lavoro”;
- D. Lgs n. 165 del 30/3/2001, art. 57 comma 1 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” con cui sono stati imposti dal legislatore alcuni tipi di azioni positive;
- D. Lgs. n. 198 dell'11/4/2006 - Codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della L. 246 del 28/11/2005 - che prevede l'obbligo dell'adozione del “Piano Triennale di Azioni positive” per le PP. AA. e sanzioni per l'amministrazione inadempiente;
- D. Lgs. n. 198 dell'11/4/2006, Art. 48, comma 1, da cui emerge che il Piano di Azioni Positive debba assicurare “la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità” nonché “realizzi la migliore utilizzazione delle risorse umane nella P.A.” aggiungendo che i Piani devono promuovere l'inserimento delle donne nei settori dove sono sottorappresentate;
- D. Lgs. n. 198 dell'11/4/2006, art.42 che esplicita il significato del termine “azione positiva”;
- Direttiva “Nicolais – Pollastrini” del 23/5/2007 nella quale si specificano, tra l'altro, i campi di intervento delle Azioni Positive fra cui l'organizzazione del lavoro, le politiche di reclutamento, la gestione del personale, la formazione e la cultura organizzativa;
- D.lgs. n. 150 /2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- L. 183 del 4/11/2010, art.21 (c.d. Collegato Lavoro) di modifica dell'art. 7 comma 1 lett. c) del D.lgs. 165 del 30/3/2001 dove si richiede, tra l'altro, alle PP.AA. di adoperarsi attivamente per eliminare ogni forma di discriminazione diretta o indiretta nelle fasi del lavoro pubblico quali l'accesso, il trattamento economico, le condizioni di lavoro, la formazione, le promozioni e la sicurezza sul lavoro;
- Direttiva del 4/3/2011 “Linee guida sul funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia” nella quale si esplicitano i ruoli e le funzioni dei CUG;
- Legge Regionale n.6/2014 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”;

- L. 124/2015 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” art. 14 “Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”;
- D.P.C.M. n. 3/2017 “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art. 14 della legge 7 agosto 2014, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere al conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- Delibere della CIVIT (ora ANAC) emanate in materia di pari opportunità, performance e di qualità dell’azione amministrativa:
- Delibera n. 22/2011 “Indicazioni – sottoposte a consultazioni – relative allo sviluppo dell’ambito delle pari opportunità nel ciclo della gestione delle performance”;
- Delibera n. 5/2012 “Linee guida ai sensi dell’art.13 comma 6 lettera b del D.Lgs. 150/2009 relative alla struttura e modalità di redazione della “Relazione sulla performance”;
- Delibera n. 6/2012 “Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance”.
- Direttiva 2/2019 “Promozione delle pari opportunità e contrasto ad ogni forma di discriminazione nel lavoro delle pubbliche amministrazioni”, in cui si procede alla definizione delle linee di indirizzo volte ad orientare le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità.

Il contesto

I dati sotto riportati, riferiti alla data odierna, dimostrano come l’accesso all’impiego nell’Azienda Cardarelli da parte delle donne non incontri ostacoli in tutte le categorie. Analogamente non sembrano ravvisarsi particolari ostacoli alle pari opportunità nel lavoro.

DESCRIZIONE QUALIFICA	F	M	Totale complessivo
assistente amministrativo	35	29	64
assistente tecnico	1	34	35
ausiliario socio sanitario	2	6	8
c.p.s. ortottista	1		1
coadiutore amministrativo	44	41	85
coadiutore amministrativo senior	10	14	24
coll.prof. assistente sociale	15	1	16
coll.prof.san. ass. sanitario	3	2	5
coll.prof.san. dietista	2		2
coll.prof.san. tecnico audiometrista	1	1	2
coll.prof.san. tecnico di neurofisiop.	7	4	11
coll.prof.san. terapista occupazionale	2	1	3

coll.prof.san. ts labor.biomed. senior		7	7
coll.prof.san. ts radiolog.med. senior		2	2
coll.prof.san. ts radiologia medica	53	78	131
collaboratore amministrativo prof.le	30	25	55
collaboratore tecnico prof.le	7	14	21
collaboratore tecnico prof.le senior		2	2
commesso	7	12	19
dir. amm. (ex 9 <5aa)	3	4	7
dir. amm. (ex 9 >5aa)	3	2	5
dir.analista (ex 9 <5aa)	1	3	4
dir.architetto (ex 9 <5aa)		2	2
dir.avvocato (ex 9 <5aa)	1	1	2
dir.biologo (ex 9 <5aa) <5 e	16	3	19
dir.biologo (ex 9 >5aa) >15 e	1		1
dir.biologo (ex 9 >5aa) 5-15 e	2		2
dir.farmacista (ex 9 <5aa) <5 e	6	2	8
dir.farmacista (ex 9 <5aa) >15 e	1		1
dir.farmacista (ex 9 >5aa) >15 e	8		8
dir.farmacista (ex 9 >5aa) c e		1	1
dir.fisico (ex 9 <5aa) <5 e	1	1	2
dir.fisico (ex 9 >5aa) >15 e	1		1
dir.ingegnere (ex 9 <5aa)	2	4	6
dir.ingegnere (ex 9 >5aa)		1	1
dir.medico (ex 10 qual) >15 e	1	1	2
dir.medico (ex 10 qual) c e	3	12	15
dir.medico (ex 10 qual) ne		1	1
dir.medico (ex 10) >15 e	2	9	11
dir.medico (ex 10) c e	1	3	4
dir.medico (ex 10) ne		3	3
dir.medico (ex 9 <5aa td) ne	1		1
dir.medico (ex 9 <5aa) <5 e	201	171	372
dir.medico (ex 9 <5aa) >15 e	3	2	5
dir.medico (ex 9 <5aa) 5-15 e	28	33	61
dir.medico (ex 9 <5aa) ne	21	38	59
dir.medico (ex 9 >5aa) <5 e	7	6	13
dir.medico (ex 9 >5aa) >15 e	70	118	188
dir.medico (ex 9 >5aa) 5-15 e	23	33	56
dir.medico (ex 9 >5aa) c e	5	13	18
dir.medico (ex 9 >5aa) ne	2	12	14
dir.psicologo (ex 9 <5aa) <5 e	6		6
dir.veterinario (ex 9 <5aa) <5 e		1	1

fisioterapista	10	12	22
fisioterapista senior		1	1
inf.pediatrico senior	4		4
infermiere	912	681	1593
infermiere pediatrico	27		27
infermiere senior	16	14	30
med< 5aa tp		1	1
o.p. tecnico spec.autista ambulanza		4	4
op. tec. spec. esp. autista ambulanza		5	5
op. tecnico specializzato	1	30	31
op.tec.specializzato senior		1	1
operatore socio sanitario	277	229	506
operatore tecnico	6	20	26
ostetrica	17		17
ostetrica senior	2		2
puericultrice senior	1		1
t.s.l.b.	52	41	93
Totale complessivo	1965	1792	3757

3.3.2. Formazione del personale

La formazione e l'aggiornamento professionale assumono un ruolo strategico nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane e nel processo di miglioramento continuo dei servizi. Infatti, perseguire l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali - in modo da essere allineate con il progresso scientifico e tecnologico – significa di fatto migliorare qualitativamente le prestazioni rese. Sono considerati (oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali) uno strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

L'attività formativa è pianificata a livello centrale, tenuto conto dei fabbisogni formativi individuabili ed ulteriormente rilevabili secondo processi di coinvolgimento delle articolazioni aziendali o gruppi professionali o interprofessionali.

Le iniziative formative sono pianificate preventivamente ogni anno nel rispetto delle esigenze prioritarie dell'azienda attraverso l'adozione del Piano Formativo Annuale. Per i costi del Piano Formativo viene vincolata una spesa nei limiti di quanto previsto dall'art. 6 del D.lgs 78/2010 convertito in legge 122 del 30.7.2010.

L'obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli standard qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti per renderli utili a renderli più coerenti alla mission aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro.

L'AORN è attivamente impegnata nello sviluppo delle professionalità per mezzo della attività formativa erogata dal Polo Didattico, struttura di formazione finalizzata a formare figure nell'ambito delle "professioni sanitarie". Il Polo Didattico è strutturato per fornire una preparazione di elevato livello scientifico, pratico e professionale.

Le attività formative vengono portate avanti in convenzione con Enti Universitari e sono svolte sia da docenti di provenienza accademica che da personale impegnato quotidianamente nell'erogazione dei servizi sanitari.

La Formazione

La formazione e l'aggiornamento professionale assumono un ruolo strategico nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane e nel processo di miglioramento continuo dei servizi. Infatti, perseguire l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali - in modo da essere allineate con il progresso scientifico e tecnologico – significa di fatto migliorare qualitativamente le prestazioni rese.

La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati (oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali) uno strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

L'attività formativa è pianificata a livello centrale, tenuto conto dei fabbisogni formativi individuabili ed ulteriormente rilevabili secondo processi di coinvolgimento delle articolazioni aziendali o gruppi professionali o interprofessionali.

Le iniziative formative sono pianificate preventivamente ogni anno nel rispetto delle esigenze prioritarie dell'azienda attraverso l'adozione del Piano Formativo Annuale. Per i costi del Piano Formativo viene vincolata una spesa nei limiti di quanto previsto dall'art. 6 del D.lgs 78/2010 convertito in legge 122 del 30.7.2010.

L'obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli standard qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti per renderli utili a renderli più coerenti

alla mission aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro.

L'AORN è attivamente impegnata nello sviluppo delle professionalità per mezzo della attività formativa erogata dal Polo Didattico, struttura di formazione finalizzata a formare figure nell'ambito delle "professioni sanitarie". Il Polo Didattico è strutturato per fornire una preparazione di elevato livello scientifico, pratico e professionale.

Le attività formative vengono portate avanti in convenzione con Enti Universitari e sono svolte sia da docenti di provenienza accademica che da personale impegnato quotidianamente nell'erogazione dei servizi sanitari.

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

Il Piano Formativo Aziendale (P.F.A.) per l'anno 2024 prevede 5 fasi di progettazione ed approvazione:

1. **analisi dei fabbisogni formativi e raccolta dati (macro progettazione):** l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale raccoglie dati in relazione allo sviluppo di attività formative proposte dai Capi Dipartimento;
2. **valutazione del Piano Annuale della Formazione:** una volta raccolte tutte le proposte di Macro progettazione, l'U.O.C. Formazione, Ricerca e Cooperazione Internazionale procede ad indire una riunione con il **Tavolo Tecnico e con il Comitato Tecnico Scientifico** come previsto dal Regolamento Aziendale della Formazione vigente, al fine di valutare la congruità delle proposte in piano. In tale fase è previsto lo svolgimento dell'Analisi di Fattibilità relativa al Budget messo a disposizione.
Le iniziative formative che hanno superato il vaglio del Tavolo e del Comitato, vengono inserite nel Piano Annuale della Formazione che viene sottoposto alla valutazione della Direzione Strategica che definisce il Piano;
3. **la micro progettazione:** di concerto con i responsabili scientifici dei progetti approvati della Direzione Strategica ed inseriti in piattaforma AGENAS, la U.O.C. Formazione Ricerca e Cooperazione Internazionale definisce la Micro progettazione. Quest'ultima concerne, in linea con gli obiettivi di ogni singolo evento, la stesura di un programma dettagliato, la scelta della tipologia di erogazione del corso (FAD, RES, FSC), la definizione della *faculty*, l'individuazione del mese, giorno e orario del corso, la scelta dell'aula, il numero di partecipanti e i loro profili professionali, il costo della quota di iscrizione se aperto agli esterni, ed ogni altra specifica articolazione dell'evento;

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

Alla luce di quanto sopra esposto, la proposta di piano formativo per l'anno 2024, sulla base anche del numero dei corsi erogati nell'anno 2023, prevede una serie di corsi così ripartiti:

Dipartimenti	N. Corsi
Dipartimento integrato oncoematologico e toraco-polmonare	7
Dipartimento chirurgico polispecialistico	8
Dipartimento medico polispecialistico	5
Dipartimento di chirurgia generale e della salute della donna	4
Dipartimento reti tempo – dipendenti	3
Dipartimento di anestesia e rianimazione	6
Dipartimento tecnologie avanzate diagnostico terapeutiche e dei servizi sanitari	16
Dipartimento dell'emergenza e dell'area critica	11
Strutture di supporto alla direzione amministrativa	1
Strutture di supporto alla direzione generale	21
Dipartimento dei servizi strategici dell'area medica	26

3.3.3 Attività formativa Syllabus

In riferimento alla nota del Dipartimento della Funzione Pubblica prot. DEP – 0020194-P-23/03/2023 – recante la direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del marzo 2023 avente per oggetto “Pianificazione

della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, l’AORN Cardarelli ha avviato l’attività di formazione sulle competenze digitali a tutto il personale dipendente.

SEZIONE 4

Monitoraggio

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

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

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

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

4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

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

4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano

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