

Deliberazione del Direttore Generale N. 111 del 31/01/2025

Proponente: Il Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

**Oggetto: Direttiva del Direttore Generale 2025 - Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.)
2025/2027 – Adozione**

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 31/01/2025 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITÀ'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

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

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Umberto Signoriello - UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: Direttiva del Direttore Generale 2025 - Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.) 2025/2027 – Adozione

Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

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

Premesso

- che il Decreto Legge n. 80 del 9.6.2021, convertito con modificazione nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, al fine di *“assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso”* ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);
- che il Decreto Ministeriale n.132, sottoscritto in data 30.06.2022 dal Ministro della Pubblica Amministrazione di concerto col Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha introdotto il regolamento che definisce i contenuti del PIAO col relativo *Piano tipo*;
- che tale Decreto, all'art.2, stabilisce la composizione del PIAO, prevedendo che dovrà essere articolato, oltre che nella scheda anagrafica dell'Ente, in tre sezioni: *a) Valore pubblico, Performance e Anticorruzione; b) Organizzazione e capitale umano; c) Monitoraggio*;
- che l'art. 7 del citato Decreto Ministeriale, tra l'altro, fissa al 31 gennaio di ciascun anno il termine per l'adozione del P.I.A.O.;

Dato atto

- che è stata predisposta la Direttiva 2025 del direttore generale, quale documento programmatico che individua le linee di sviluppo annuali, le azioni e le aree di intervento aziendali da attuarsi in sintonia con le linee di indirizzo strategiche della programmazione sanitaria regionale e nazionale;
- che la Direttiva è stata predisposta a seguito dell'incontro del 10 gennaio 2025 con i direttori di dipartimento, i direttori delle UU.OO.CC. ed i responsabili delle UU.OO.SS.DD, con verbale condiviso e agli atti, per condividerne gli indirizzi ed accogliere eventuali proposte;
- che la Direttiva costituisce, tra l'altro, il documento di riferimento per la redazione del PIAO;

Deliberazione del Direttore Generale

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

Rilevato

- che, con deliberazione n.630 del 4.8.2022, è stato costituito il *gruppo di lavoro per le attività necessarie all’elaborazione del P.I.A.O.;*
- che, con nota prot. n.29790 del 17.10.2022, è stato individuato quale referente aziendale delegato dall’AORN, ai sensi del disposto della Circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, l’ing. Umberto Signoriello, Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione;
- che, il predetto gruppo di lavoro, a seguito di diversi incontri tenutisi sull’argomento, tenuto conto anche dei contributi trasmessi da vari responsabili per la definizione delle parti di competenza, ha elaborato una proposta di P.I.A.O.;
- che la proposta di PIAO, per le parti interessate, è stata formulata in conformità agli indirizzi individuati dalla Direttiva del Direttore Generale anno 2025, riportata tra gli allegati del piano;
- che il Piano è stato, altresì, redatto nel rispetto del vigente Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- che la bozza del documento così strutturato, tra gli altri, è stata trasmessa anche alla direzione strategica aziendale per presa d’atto e condivisione;
- che il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ha provveduto a pubblicare sul sito web aziendale istituzionale, con nota prot.429 dell’8.1.2025, l’avviso di consultazione pubblica rivolto agli stakeholders in materia di trasparenza ed anticorruzione, comunicandone gli esiti con email del 28.1.2025;
- che, l’OIV, più volte informato delle attività in corso durante le varie fasi di redazione del PIAO, con nota acquisita al protocollo generale con n.3071 del 30.01.2025, ha preso atto favorevolmente della versione definitiva del documento in precedenza trasmesso;

Tenuto conto

- che la misurazione e la valutazione delle Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione di premi di risultato conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento;
- che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all’amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative, fino ai singoli dipendenti;
- che è, altresì, fondamentale per ogni pubblica amministrazione ottemperare a tutti gli obblighi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza;
- che è altrettanto fondamentale garantire a tutto il personale un’adeguata formazione programmando gli eventi formativi interni e facilitando la partecipazione;
- che la norma impone che di tutti gli aspetti che precedono sia data opportuna pubblicità agli utenti attraverso l’elaborazione e la pubblicazione del PIAO sul sito web istituzionale dell’azienda, nonché sul sito del “Portale PIAO” del Dipartimento della Funzione Pubblica;

Ritenuto

- di dover procedere all’adozione del P.I.A.O. 2025/2027 come allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale;

Deliberazione del Direttore Generale

- di dover, altresì, evidenziare che il documento in adozione è rimodulabile in caso di variazioni dell'assetto organizzativo-funzionale, o in caso di assegnazione/individuazione di nuovi obiettivi da raggiungere, o in caso di intervenute ulteriori esigenze che ne richiedano la modifica;

Visti

- il D.L. n. 80 del 9.6.2021, convertito con modificazione nella Legge 6 agosto 2021, n. 113;
- la Legge n.190/2012 e ss.mm.ii. ed i successivi provvedimenti dell'ANAC in materia;
- il D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.;
- il D.P.R. 24 giugno 2022, n.81;
- il D.M. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n.132 del 30.06.2022 (G.U. Serie Generale n.209 del 07-09-2022);

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

PROPONE

1. di adottare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025/2027, comprendente la Direttiva del Direttore Generale 2025, che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, di provvedere, come per legge, alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il “Portale PIAO” del Dipartimento della Funzione Pubblica;
3. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori di Dipartimento per la diffusione alle relative UU.OO.;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

Il Direttore
U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione
Ing. Umberto Signoriello

Deliberazione del Direttore Generale

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

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

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

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

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

Acquisiti

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

Il Direttore Amministrativo _____ Avv. Amalia Carrara _____

Il Direttore Sanitario _____ Dr.ssa Angela Annecchiarico _____

DELIBERA

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

1. di adottare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025/2027, comprendente la Direttiva del Direttore Generale 2025, che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, di provvedere, come per legge, alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il “Portale PIAO” del Dipartimento della Funzione Pubblica;
3. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell’OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell’apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori di Dipartimento per la diffusione alle relative UU.OO.;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l’importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

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

Direttore Generale: Gaetano GUBITOSA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027

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



Sommario

PREMESSA	5
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	7
1.1 PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA	7
<i>Chi siamo</i>	7
<i>Cosa facciamo</i>	8
<i>L’amministrazione “in cifre”</i>	11
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	16
2.1 VALORE PUBBLICO	16
<i>Digitalizzazione</i>	25
<i>Accessibilità per disabili ed over 65</i>	32
<i>Interventi di edilizia sanitaria</i>	32
<i>Tutela dell’ambiente e green economy</i>	34
2.2 PERFORMANCE	36
<i>Albero della performance</i>	37
2.2.1 Analisi del contesto	38
<i>Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali</i>	39
<i>Analisi del contesto esterno</i>	39
<i>Analisi del contesto interno</i>	40
<i>I dati di attività degli anni precedenti</i>	41
<i>Le attività nell’ambito delle relazioni con il pubblico</i>	47
<i>Comunicazione – Ufficio stampa</i>	49
<i>Le prospettive per l’anno 2025]</i>	51
2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	53
<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	55
<i>La valutazione della performance individuale</i>	56
2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI.....	59
<i>Obiettivi strategici assegnati all’Azienda</i>	59
<i>Obiettivi contenuti nella Direttiva del Direttore Generale per l’anno 2025</i>	61
<i>Obiettivi operativi</i>	61
2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE	63
2.3 RISCHI CORRUUTIVI E TRASPARENZA	64
2.3.1 L’iter di adozione e valore pubblico	67

2.3.2 La governance del sistema della prevenzione della corruzione e della trasparenza	68
2.3.3 Valutazione del rischio	70
2.3.4 Il trattamento del rischio.....	71
2.3.5 Obbligatorietà delle misure	74
2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico	75
2.3.7 La trasparenza ex D.Lgs 33/2013 e D.Lgs. 97/2016	76
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	80
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	80
<i>Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane</i>	83
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	84
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	91
3.3.1 Piano Aziendale di Formazione.....	92
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO.....	94
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	94
4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza	95
4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile	96
4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale	97
Allegati	

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE

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

1.1 PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA

Chi siamo

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

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

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

denominazione di Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “Sant’Anna e San Sebastiano”.

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

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

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

I principali *stakeholders* dell’azienda sono:

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

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

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

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

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

Cosa facciamo

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

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

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

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

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

attività teorico-pratiche degli studenti della stessa, è, altresì, parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli” (ex Seconda Università), che della Università “Federico II” di Napoli.

Vision

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

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

Principi Ispiratori

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

- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO.**
- **EGUAGLIANZA** dei diritti di accesso, assistenza e trattamento, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche.

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

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

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

L’amministrazione “in cifre”

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

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

Una notevole importanza nella risposta ai bisogni di salute da parte dell’Azienda Ospedaliera di Caserta è rappresentata dalla cura delle malattie del sistema cardiocircolatorio; in particolare, le più

incidenti per frequenza sono le malattie emorragiche intracraniche, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.

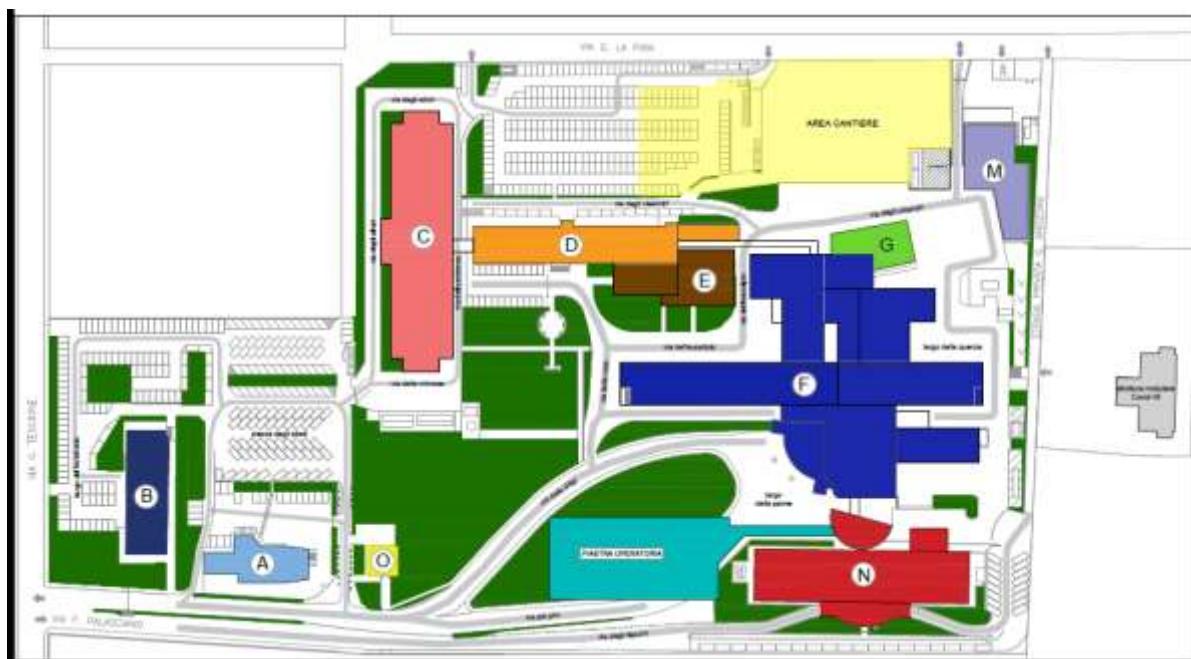
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiochirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell'area medica e chirurgica.

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

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

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

Si riporta di seguito la pianta dell’Ospedale con l’indicazione degli edifici presenti:



Risorse umane

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

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

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

La struttura dell’organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2024 è così riassunta:

PERSONALE	In servizio	Tempo determinato
Ruolo Sanitario	1372	31
Ruolo Socio-Sanitario	252	0
Ruolo Professionale	13	2
Ruolo Tecnico	87	0
Ruolo Amministrativo	108	0
Totale	1832	33
Totale DIRIGENZA MEDICA	382	24
Totale DIRIGENZA SANITARIA	28	0
Totale DIRIGENZA P.T.A.	19	2
Totale COMPARTO	1403	7
Totale	1832	33

Risorse tecnologiche

L’UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA si occupa della gestione del parco attrezzature sanitarie aziendali, col compito di garantirne operatività e sicurezza, tramite attività di manutenzione, aggiornamento, sostituzione e implementazione in concerto con la Direzione Strategica e le strutture utilizzatrici.

Il parco tecnologico dell’AORN, in termini di apparecchiature biomedicali, consiste in circa 6.500 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 45.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano in Azienda:

- N. 5 TC (una 16 slices, due 128 slices, una 256 slices, una 640 slices “cardiologica”);
- N. 1 RMN 1.5 T;
- N. 4 Sistemi per angiografia (tre per emodinamica ed uno per radiologia interventistica);
- N. 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

L’UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA è coinvolta, in ambito PNRR, nella *Missione 6 “Salute”, Componente 2* e Sub-Investimento 1.1.2. *Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)* con l’obiettivo di ridurre l’obsolescenza delle apparecchiature, fattore che può compromettere la qualità delle prestazioni e l’efficienza d’uso.

L’Azienda in base alle strategie condivise a livello regionale, ha previsto interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali, a valere sui Fondi PNRR, mediante l’approvvigionamento di n.2 Tomografi Computerizzati, n.1 Risonanza Magnetica, n.2 Angiografi, n.2 Ecotomografi multidisciplinari, n.1 Ortopantomografo, n.1 Telecomandato radiologico per esami da reparto, n.1 Telecomandato radiologico per esami da PS.

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

Risorse finanziarie

L’azienda Ospedaliera elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio è stata, inoltre, effettuata ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza. Il bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo

veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell’esercizio. In merito vedi quanto nei paragrafi che seguono del presente documento.

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

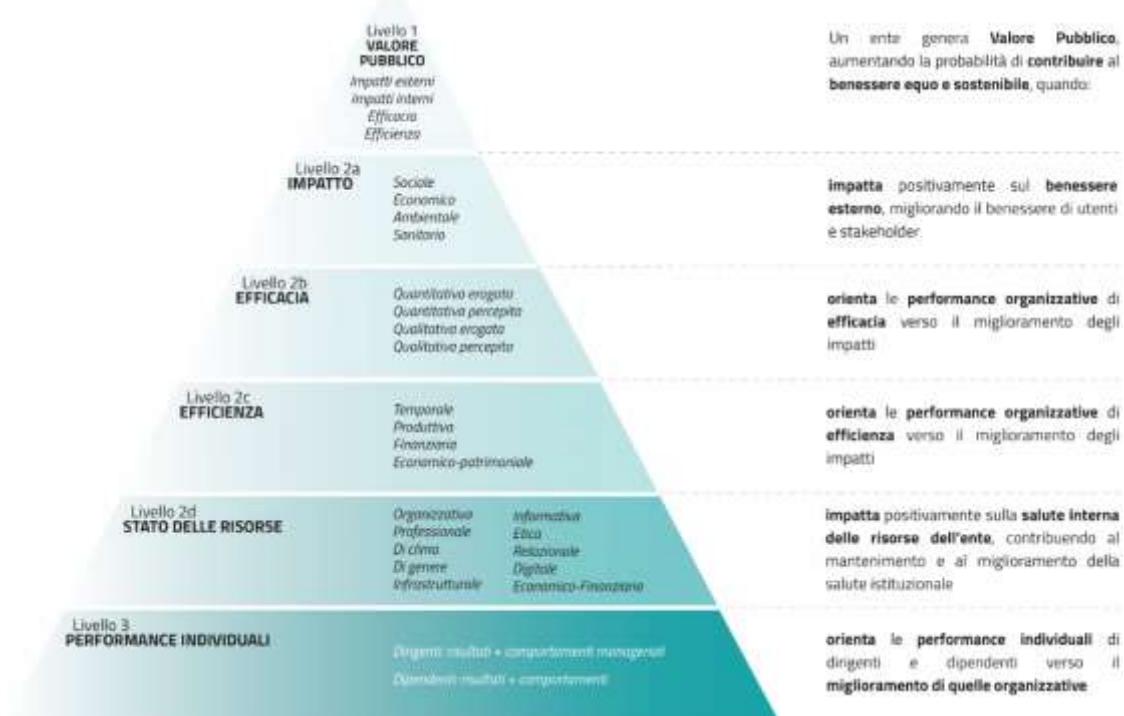
2.1 VALORE PUBBLICO

Obiettivi Generali

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

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

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



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

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

Sul fronte della tutela delle diversità, l’Azienda ha programmato una serie di interventi mirati alla sensibilizzazione del personale e dell’utenza, anche attraverso la creazione di percorsi dedicati da individuare parallelamente a quelli ordinari. Inoltre, per dare attuazione a quanto programmato sull’argomento, sono stati predisposti anche alcuni percorsi formativi per la sensibilizzazione del personale dipendente. Per esempio, fanno parte del programma formativo aziendale dell’anno 2025 specifici focus dedicati alla corretta compilazione delle SDO.

L’azienda, inoltre, dal 2022 partecipa al Progetto “ENRICH Project: Enhancing the resilience of italian healthcare and hospital facilities” in convenzione con l’Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

Il progetto mira a migliorare la resilienza delle strutture sanitarie italiane rispetto all’adattabilità funzionale e alle prestazioni sismiche, con riferimento sia alle strutture immobiliari e tecnologiche, che a quelle organizzative e di gestione delle risorse umane.

Inoltre, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l’Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nell’apposita sottosezione dedicata alla performance gli obiettivi assegnati dal PTPCT che costituiscono obiettivi per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2025 -2027, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede.

Attività del C.U.G.

Nell’ambito della sensibilizzazione e motivazione del personale su tali argomenti, si inquadra anche la copiosa ed articolata attività svolta dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) aziendale di cui, alcune linee di attività, sono mirate, oltre che al benessere degli operatori, anche a quello dell’utenza, comprendendo anche le attività in passato proprie del *Piano delle azioni positive*.

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

Partendo da questa considerazione, nei periodi più recenti i membri del CUG, interfacciandosi anche con i colleghi e con gli altri dipendenti, sono stati invitati a valutare cosa nella loro quotidianità e nell’ambiente lavorativo potesse migliorare il loro benessere psico-fisico.

Si è riscontrata una comune necessità di migliorare gli spazi lavorativi, sia dal punto di vista delle infrastrutture, sia perseguiendo l’Umanizzazione degli spazi di cura.

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

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

Il progetto proposto dal CUG dell’Azienda Ospedaliera di Caserta per l’anno 2024/2025 rappresenta un’importante iniziativa per migliorare le condizioni lavorative e di cura, puntando su un approccio innovativo volto ad umanizzare gli spazi ospedalieri. Questo intervento nasce da un’analisi attenta delle difficoltà quotidiane dei lavoratori che affrontano stress fisici, psichici ed emotivi, e mira a ridurre il disagio psicologico e fisico sia dei dipendenti che dei pazienti.

Le problematiche identificate, come il microclima inadeguato, i rumori e gli odori sgradevoli, sono state riconosciute come fattori che non solo influenzano negativamente il benessere dei lavoratori, ma anche il comfort e la serenità dei pazienti. L’obiettivo è trasformare ambienti ospedalieri freddi e poco accoglienti in spazi più umani e stimolanti, contribuendo a migliorare la qualità del lavoro e della cura.

Un aspetto centrale del progetto è l’integrazione dell’arte negli spazi ospedalieri, un intervento che si è dimostrato efficace nel migliorare l’umore, ridurre lo stress e favorire la resilienza. L’arte, con la sua capacità di stimolare emozioni positive, può trasformare l’ambiente ospedaliero in un luogo più sereno, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.

I gruppi di lavoro, supportati anche da esperti in architettura e psicologia sanitaria con cui si sono organizzati focus-group, stanno valutando soluzioni concrete per rendere gli ambienti ospedalieri più confortevoli e sicuri, con particolare attenzione agli spazi comuni e agli ingressi, che sono aree cruciali per favorire l’interazione e stimolare un senso di appartenenza. L’obiettivo finale è creare un ambiente di lavoro e cura che risponda efficacemente alle esigenze psico-fisiche di tutti i soggetti coinvolti.

In sintesi, il progetto del CUG si propone di creare un equilibrio tra efficienza sanitaria e benessere psicofisico, con interventi che non solo migliorano l’infrastruttura, ma anche l’interazione tra gli operatori e i pazienti, potenziando la qualità dell’assistenza sanitaria.

Obiettivi specifici

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

Oltre a quelli citati, i principali obiettivi fissati dalla direzione, meglio dettagliati nella relazione allegata al bilancio preventivo 2025 e nella Direttiva del Direttore Generale 2025, allegata al presente piano, vengono illustrati nella sottosezione 2.2. del documento.

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

Gli obiettivi così definiti sulla scorta degli indirizzi nazionali, regionali e derivanti dalla direttiva trasversali, riportati nell’apposita sezione del piano e saranno successivamente definiti e condivisi quelli organizzativi.

Programmazione finanziaria

Il Bilancio Preventivo 2025, è stato adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1130 del 6 novembre 2024.

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

- a) Valore della Produzione

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

Sebbene il Piano di efficientamento risulti concluso, il bilancio economico previsionale per l’anno 2025 è stato redatto con l’intento di pianificare misure di contenimento dei costi e di miglioramento dell’efficienza in linea con gli obiettivi previsti dal Piano.

A) Valore della Produzione

Il valore della produzione previsto per il 2025, pari ad euro 212.905.675,96, è riferito alle voci sotto indicate:

1 - <i>Contributi in c/esercizio</i>	97.956.355,19
2 - <i>Rettifica contributi c/esercizio per investimenti</i>	-8.400.876,99
3 - <i>Utilizzo f. di quote inutil. contrib. finalizz./vinc. es. prec.</i>	9.304.891,60
4 - <i>Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie</i>	105.981.088,23
5 - <i>Concorsi, recuperi, rimborsi</i>	924.962,01
6 - <i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie</i>	999.732,41
7 - <i>Quota Contributi in C/Capitale imputata all’esercizio</i>	5.952.369,31
8 - <i>Incrementi delle Immobilizzazioni per Lavori Interni</i>	0,00
9- <i>Altri Ricavi e Proventi</i>	187.154,20
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	212.905.675,96

La Programmazione dei ricavi si è articolata come segue:

- i *Contributi in c/esercizio* sono stati valutati sulla base del riparto provvisorio per il 2024 del FSR deliberato dalla Regione Campania con DGRC n. 424 del 6 agosto 2024, assunto pari nella presente programmazione, con l’eccezione dei contributi extra fondo da altri enti pubblici;

- le voci di *Rettifica dei Contributi in c/esercizio* sono state definite sulla base:
 - o della Programmazione triennale dei Lavori Pubblici, di cui alla comunicazione via mail della UOC Ingegneria Ospedaliera del 30.09.2024, adottata con Delibera del Direttore Generale n. 1050 del 10.10.2024;
 - o del Piano della Programmazione triennale per l’acquisto di beni e servizi per gli anni 2025-2027, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 1025 del 26.09.2024, valutato alla luce delle note esplicative di cui alla nota della UOC Tecnologia Ospedaliera pervenuta a mezzo mail del 03.10.2024, per la parte relativa alle attrezzature sanitarie e di cui alla nota della UOC Provveditorato pervenuta a mezzo PEC del 17.10.2024 per le attrezzature sanitarie non gestite dalla UOC Tecnologia e per quelle non sanitarie;
- l’*Utilizzo del fondo quote inutilizzate contributi vincolati* e finalizzati è stato determinato sulla base delle attività che saranno implementate nel corso del 2025, in attuazione delle Linee Progettuali di cui ai Piani Operativi Regionali, che l’Azienda intende realizzare nel corso dell’Esercizio 2025;
- i *Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie*, sulla base degli importi per mobilità sanitaria riconosciuti per l’esercizio 2023 (ultimo dato assestato) dalla Regione Campania all’AORN Sant’Anna e San Sebastiano, con l’eccezione delle prestazioni di file F per le quali si prevede un sostanziale incremento, stimate proiettando a 12 mesi il dato 2024 al 31.08, di cui alla comunicazione UOC Farmacia a mezzo mail del 30.09.2024, e incrementando ulteriormente il valore così ottenuto di un importo pari all’aumento atteso del costo dei farmaci.
- i *Concorsi, recuperi e rimborsi* sono stati valorizzati come media fra Consuntivo 2023 e proiezione a 12 mesi del CE al II trimestre 2024. Il payback per la spesa farmaceutica, riconosciuto per l’esercizio 2023 con DGRC n. 424 del 6 agosto 2024, non è stato inserito tra i proventi in quanto rimborso straordinario.

- la *Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)* è stata parimenti determinata come media tra Consuntivo 2023 e CE II trimestre 2024;
 - la *Quota contributi in conto capitale imputati all’esercizio (Sterilizzazione)* è stata posta pari al Consuntivo 2023 quale ultimo valore assestato;
 - la voce *Altri ricavi e proventi* è stata stimata come media fra Consuntivo 2023 e proiezione a 12 mesi del CE al II trimestre 2024.
-

B) Costi della Produzione

I costi della produzione previsti per il 2025 ammontano ad Euro 205.903.726,85:

<i>Acquisti di beni</i>	52.631.681,31
<i>Acquisti di servizi</i>	34.968.806,30
<i>Manutenzione e riparazione</i>	5.902.408,63
<i>Godimento di beni di terzi</i>	2.559.756,36
<i>Costo del personale</i>	101.512.987,24
<i>Oneri diversi di gestione</i>	1.236.017,78
<i>Ammortamenti</i>	5.968.910,03
<i>Svalutazione dei crediti</i>	500.000,00
<i>Variazione delle rimanenze</i>	-3.832.168,34
<i>Accantonamenti dell’esercizio</i>	4.455.327,54
<i>COSTI DELLA PRODUZIONE</i>	205.903.726,85

La Programmazione dei costi è stata effettuata:

- per gli *Acquisti di beni* e gli *Acquisti di servizi*, sulla base del Piano triennale per l’acquisto di beni e servizi per gli anni 2025-2027, di cui alla Delibera del Direttore generale n. 1025 del 26.09.2024, imputando ai conti di costo il valore più alto tra quello inserito nella programmazione e la media tra il Consuntivo 2023 ed il CE al II trimestre 2024 proiettato all’anno;
- per la *Manutenzione e riparazione*, con gli stessi criteri di cui al punto precedente, con l’eccezione della *Manutenzione di impianti*, oggetto di nuova gara, per la quale il valore da Delibera di programmazione è stato ridotto del 20% per tenere conto del ribasso medio sull’importo posto a base di gara;
- per il *Godimento di beni di terzi*, con gli stessi criteri utilizzati per Beni e Servizi;
- per il *Costo del Personale*, la valutazione è stata effettuata dalla UOC Gestione Risorse Umane sulla base del fabbisogno deliberato per gli anni 2024 e 2025;
- per gli *Oneri diversi di gestione*, con gli stessi criteri utilizzati per Beni e Servizi;

- per gli *Ammortamenti* si è indicato il valore a Consuntivo 2023, ultimo dato consolidato;
- per la *Svalutazione dei crediti*, si è previsto un accantonamento sufficiente a coprire un'eventuale inesigibilità dei crediti, per tener conto, in via prudenziale, della soccombenza in caso di esito negativo dei giudizi in corso;
- la *Variazione delle rimanenze* attesa è stata posta come differenza tra costi di acquisto previsti e costi per i consumi stimati;
- gli *Accantonamenti dell'esercizio* sono stati determinati secondo i seguenti criteri:
 - o per gli *Accantonamenti per rischi*, sulla base del valore del rischio di soccombenza per il contenzioso in essere al 31.08.2024 sulla piattaforma regionale LegalApp, proiettato a 12 mesi, con azzeramento dell'accantonamento per Autoassicurazione in ragione della stipula di una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi del valore di 9,75 milioni di euro annui;
 - o per gli *Altri accantonamenti* si è utilizzato il valore medio tra CE al II trimestre 2024 proiettato a 12 mesi e Consuntivo 2023;
 - o non si prevedono accantonamenti per quote inutilizzate di contributi.

Digitalizzazione

L'Azienda è da tempo impegnata in una profonda opera di aggiornamento dei principali asset digitali con l'obiettivo di migliorare le procedure amministrative e di accesso alle cure per i pazienti. In questa ottica sono da collocare i diversi progetti di semplificazione e trasformazione digitale dei servizi:

Integrazione CUP Regionale

Nel corso del 2022 è stata realizzata l'integrazione dell'Azienda nel CUP unico regionale (Campania in salute). Lo strumento permette di prenotare le prestazioni specialistiche su un'unica piattaforma regionale cumulativa dell'offerta pubblica di tutte le aziende. Inoltre sono presenti ulteriori funzioni Accessorie che, in modalità completamente dematerializzata, consentono di gestire on-line

prenotazione, pagamento e disdetta per rendere il sistema maggiormente fruibile agli utenti. In tal modo peraltro l’Azienda si uniforma alle linee guida regionali. È comunque sempre possibile accedere a questi servizi mediante il call-center aziendale.

Dal 30 dicembre 2024 è stato attivato il nuovo catalogo delle prestazioni, accompagnato dai necessari adeguamenti informatici per garantire un efficace interfacciamento tra il CUP Regionale e le strutture che erogano tali prestazioni.

Adesione a portale PagoPA

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

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

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

Integrazione con il Fasciolo Sanitario Elettronico

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

L’avvento della digitalizzazione ha infatti rivoluzionato il mondo dei servizi, contribuendo a sviluppare nuove modalità con cui le istituzioni possono rispondere efficacemente ai bisogni dei cittadini. Questo vale anche per l’ambito sanitario: a tale proposito, la Regione Campania, in collaborazione con le aziende sanitarie ed ospedaliere sta portando avanti la realizzazione del Fasciolo Sanitario Elettronico (FSE), ovvero lo strumento digitale nel quale in futuro tutti i dati relativi alla storia sanitaria di un paziente (ricette farmaceutiche e specialistiche, referti di laboratorio, etc.) saranno raccolti, organizzati e resi accessibili allo stesso paziente e, solo per il tempo necessario e nel pieno rispetto della privacy, a chi lo prenderà in cura.

Di seguito sono elencati i principali documenti che sono stati completamente dematerializzati all'interno dei processi aziendali e confluiscono in maniera automatica nel Fasciolo Sanitario Elettronico nel formato XML/CDA2:

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

Nuovo sistema informativo aziendale

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

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

Tra la fine del 2022 e gli inizi del 2023 è stato avviato il nuovo sistema informativo aziendale con l’obiettivo di cominciare a realizzare concretamente il modello di gestione precedentemente descritto. Nel corso del 2024 sono stati attivate le nuove versioni WEB dei seguenti moduli:

- Laboratorio di Analisi
- Anatomia Patologica
- Centro Trasfusionale
- ADT
- Pronto Soccorso
- Order Entry di prestazioni

Firma Digitale Remota

Tutto il personale medico ed amministrativo interessato è stato dotato di firma digitale remota al fine di portare l’azienda al passo con la dematerializzazione del patrimonio documentale aziendale.

Nuova Architettura Hardware

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

Al fine di attuare quanto previsto dal decreto n. 48-4/2023-PNN del 04.08.2023 del Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che prevede la completa migrare completamente al Cloud delle infrastrutture hardware, questa Azienda ha fatto richiesta ed ottenuto un finanziamento per migrare al Cloud del Polo Strategico Nazionale (PSN). Tale finanziamento prevede che le attività di migrazione dovranno essere concluse entro il termine ultimo del 31 marzo 2025.

Inoltre per affrontare le nuove crescenti necessità di digitalizzazione l’azienda si è dotata di nuovi computer finalizzati integrare ed estendere la precedente dotazione negli uffici e nei reparti.

Linea Dati Internet

Per rendere pienamente efficiente il nuovo sistema informatico consentendo di lavorare in sinergia con il sistema regionale ed effettuare le attività di back up del Cloud, è stata realizzato un upgrade dell’infrastruttura di rete dati Internet che ha raggiunto la velocità di 1 Gbps e, nel corso del 2025 verrà attivata una nuova linea dati a 10 Gbps.

Interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti

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

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

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

A fine 2023 è stato attivato il nuovo sistema RIS/PACS con l’obiettivo di rendere il processo radiodiagnostico più veloce ed efficiente e nel corso del 2025 sarà attivato il sistema CVIS/PACS dotando, così anche il Dipartimento Cardiologico di un sistema di gestione referti e gestione immagini e studi cardiologici.

Nel corso del 2025 verrà attivato inoltre anche il modulo di Cartella Clinica Elettronica, nuove funzionalità di dashboard di dati sanitari e verrà attivato il nuovo sistema di Single Sign-On.

Verrà inoltre effettuato un aggiornamento tecnologico della LAN Aziendale con l'attivazione di una Wi-Fi finalizzata all'utilizzo della cartella clinica al letto del paziente.

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei dipendenti

Riorganizzazione e digitalizzazione di processi gestionali, clinico assistenziali e amministrativi; Nel corso del 2025 sarà presa in carico all'interno del nuovo sistema informativo aziendale la gestione della sezione dedicata all'AORN all'Amministrazione Trasparente, per la tenuta della sezione del sito istituzionale Aziendale dedicata con la generazione e l'alimentazione automatica delle sezioni informative previste, a partire dai dati prodotti dai moduli applicativi componenti del sistema fornito.

Nei primi mesi del 2025 verrà completata la migrazione verso un nuovo sistema informativo unico con l'obiettivo di favorire l'accesso a tutte le informazioni riguardanti il personale con un sistema di abilitazione opportunamente configurato ed è previsto, tra l'altro, la semplificazione del login utente andando verso il riconoscimento mediante codice fiscale e/o con l'integrazione con il sistema SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale. L'integrazione consentirà di accedere ai moduli del Sistema Informativo Aziendale inserendo le credenziali di accesso SPID in ottica di "Autenticazione Federata" recependo le indicazioni ministeriali per quel che riguarda l'accesso mediante SPID. Inoltre il nuovo sistema garantirà una semplificazione dei processi amministrativi in modo da migliorarne l'efficienza e semplificare gli stessi.

Sito internet istituzionale

Il sito Informativo Istituzionale rappresenta il canale informativo WEB e presenta i servizi e le attività dell'Azienda. Nell' ottica di migliorare il reperimento delle informazioni per gli utenti, la fruibilità e l'accessibilità di tale asset strategico per l'azienda è prevista, nel corso del 2025, la pubblicazione del nuovo sito web con un Sistema di Gestione di Contenuti (CMS) basato su tecnologia Java, completamente aderente alla vigente normativa relativa all'accessibilità (circolare n. 51/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale e normativa in essa richiamata e s.m. e i.). Il progetto "Portale dell'Azienda" si prefigge quindi di rendere ampia trasparenza alla propria struttura organizzativa, ai servizi sanitari erogati, alla qualità dei propri servizi, nonché di rendere possibile l'accesso web ad

alcuni dei propri servizi come ad esempio, la prenotazione di una prestazione ambulatoriale. A tal proposito, il portale dell'Azienda si propone di diventare punto di accesso unico ad informazioni, servizi e contenuti ricercati dai pazienti attuali e potenziali, nel personale dell'amministrazione, nei medici e nel personale sanitario, negli studenti e in generale nell'Azienda e nei servizi da essa erogati.

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

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

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

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

All'interno della home page del sito internet istituzionale è presente un collegamento ai Comunicati Stampa, i quali, sebbene destinati agli organi di informazione, offrono informazioni preziose ai cittadini riguardo alle iniziative e alle attività dell'AORN di Caserta.

Accessibilità per disabili ed over 65

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

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

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

Interventi di edilizia sanitaria

Le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture sono svolte in osservanza del Codice degli Appalti vigente. Tali procedure vengono espletate con strumenti digitali, tramite le piattaforme di negoziazione messe a disposizione da Consip (Me.P.A.) e da So.Re.Sa. (SIAPS). Tra gli interventi di maggior importanza troviamo:

- **Interventi finanziati con fondi PNRR/PNC**

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

In virtù delle semplificazioni fornite dagli aggiornamenti al Codice degli Appalti, con delibera n. 920 del 10/10/2023 questa Amministrazione, per un importo complessivo di € 47.300.00,00 (finanziato con Fondi PNC al PNRR, e successivamente incrementato di € 7.095.000,00 a seguito di ammissione all’accesso al Fondo per le Opere Indifferibili), ha affidato la progettazione e l’esecuzione dei lavori

per la demolizione e ricostruzione di parte degli Edifici di questa AORN, sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica realizzato dalla U.O.C. Ingegneria Ospedaliera.

Allo stato attuale, a seguito della conclusione delle fasi di demolizione degli edifici G, H, I ed L, si sta procedendo alla realizzazione dei nuovi edifici previsti dal progetto (B1 e B2). La fine dei lavori, come da cronoprogramma, è fissata per il 30.06.2026.

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

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

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

Infine sono in fase di riattivazione i lavori per l'adeguamento degli impianti elevatori dell'edificio N.

- **Adeguamento strutturale edifici**

A seguito della verifica di vulnerabilità sismica eseguita sugli edifici dell'AORN, ai sensi dell'O.P.C.M. n. 3274 del 20/03/2003, ad oggi:

- sono in fase di conclusione gli interventi di adeguamento strutturale sugli Edifici “B” ed “D”, finanziati con fondi interni;
- sono stati avviati i lavori di adeguamento strutturale dell'edificio F3 dell'AORN, finanziato con fondi art. 20 II fase, L.67/88, fondi residui;
- è in corso l'attività di ulteriore indagine strutturale sull'edificio F-Corpo aggiunto, al fine di individuare una soluzione alternativa alla demolizione del corpo Fca2.

- **Interventi art. 20 L. 67/88 II fase – fondi residui**

Nel mese di agosto 2024 sono stati avviati i lavori di adeguamento strutturale, architettonico ed impiantistico dell’edificio F3, mediante utilizzazione dei fondi residui del finanziamento art. 20 II fase L.67/88.

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

Questa A.O.R.N. ha avviato nel mese di febbraio 2023 l’esecuzione di due nuovi Edifici, entrambi finanziati con fondi Art. 20 III fase – completamento, e nello specifico:

- Realizzazione di una Piastra Operatoria, la cui fine lavori è prevista per nel primo semestre 2025;
- Realizzazione di un edificio a tre piani da destinare a Bunker per radioterapia – Medicina Nucleare – Unità spinale Recupero e Riabilitazione Funzionale e Neuro -Riabilitazione ed ambulatori”.

- **Interventi Accordo quadro**

L’AORN al fine di poter attivare con celerità numerosi interventi di tipo manutentivo, in ottemperanza con il Codice degli appalti, ha avviato ed aggiudicato due procedure di gara di cui la prima, con delibera n. 1048 del 20/11/2023, relativa ai “lavori di manutenzione a prevalenza edile propedeutici all’attuazione dell’intervento finanziato con fondi PNC/PNRR”, di importo complessivo pari ad € 1.749.964,15 oltre IVA; ed una seconda, tramite delibera n. 1070 del 28/11/2023, relativa alla manutenzione del verde all’interno di questa AORN, per complessivi € 154.752,00.

Tutela dell’ambiente e green economy

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

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

A titolo esemplificativo, la quasi totalità delle lampade di illuminazione sono state sostituite con lampade a LED, mentre è in corso di valutazione la realizzazione di un nuovo impianto centralizzato, in luogo delle attuali centrali di produzione dell’energia. Infine, negli edifici di prossima realizzazione, finanziati con fondi dell’art. 20 L. 68/99, sono previsti, tra l’altro, la realizzazione di impianti fotovoltaici e l’installazione di colonnine di ricarica per veicoli elettrici.

2.2 PERFORMANCE

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

La sottosezione “performance”:

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

Essa contiene:

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

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

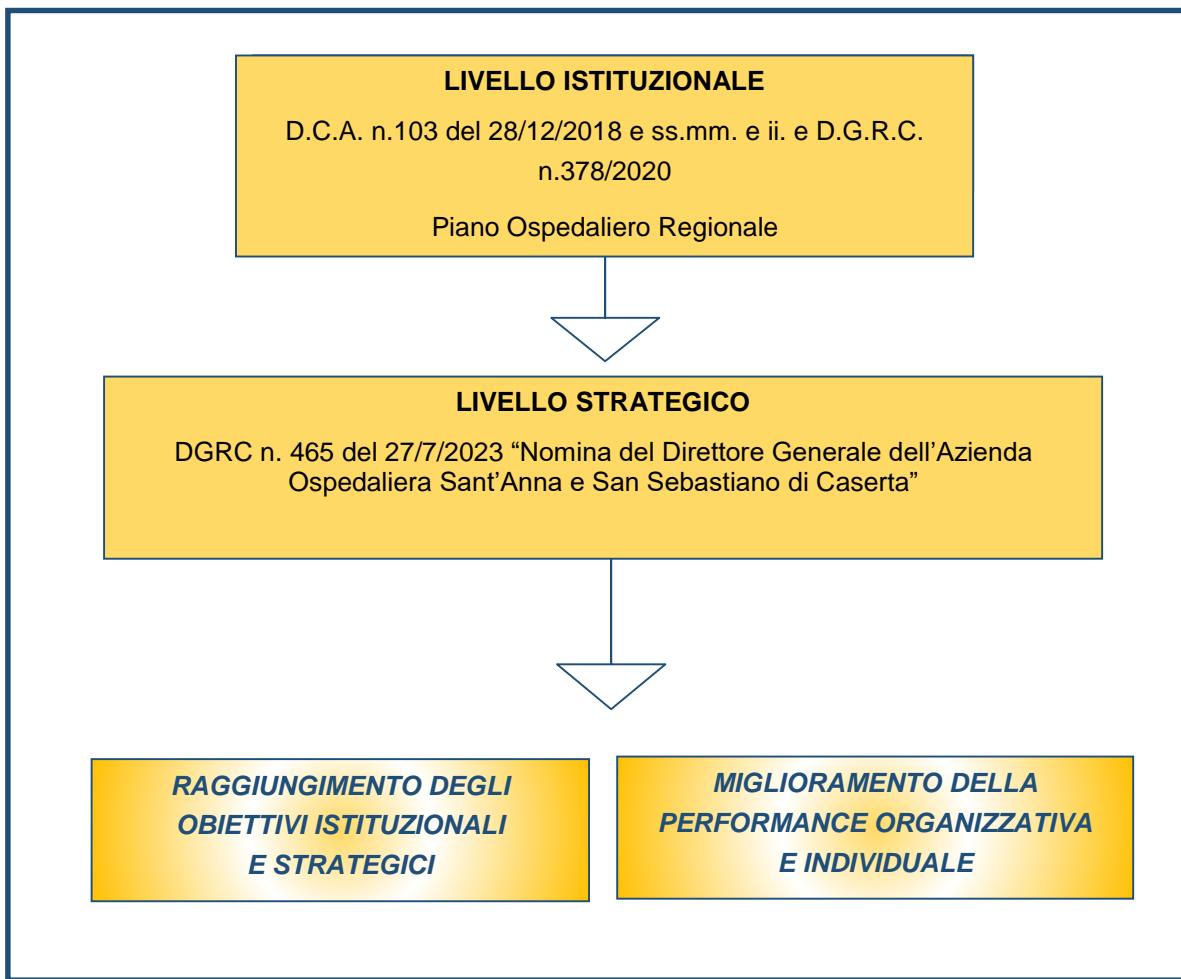
Come richiesto dall’articolo 5, comma 2, del decreto, gli obiettivi devono essere:

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

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

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

Albero della performance



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

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

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

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

2.2.1 Analisi del contesto

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

<u>Dataset: Indicatori demografici</u>		Campania					Caserta				
Territorio		2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
Selezione periodo											
Tipo indicatore											
tasso di natalità (per mille abitanti)	8	7,7	7,9	7,7	..	8,3	7,9	8,4	8,2	..	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,4	10,8	10,9	10,5	..	9,8	10	10,1	10,2	..	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-2,4	-3,1	-3	-2,9	..	-1,5	-2,1	-1,8	-2	..	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	1,8	4,1	3,9	3,6	..	2,1	4,5	3,9	3,8	..	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-2,9	-3,2	-4,3	-3,8	..	-0,9	-1,2	-2,8	-2,4	..	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	0,7	1,3	2,9	3	..	1,6	2,5	4,6	4,1	..	..
<u>saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)</u>	-10,9	5	..	..	..	-12,1	4,3	..	..	..	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-13,1	3,1	-1,4	-0,8	..	-11,4	5,6	1,8	1,7	..	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-15,5	0	-2,6	-2,9	..	-12,9	3,5	1,1	0,5	..	..
numero medio di figli per donna	1,3	1,28	1,33	1,29	..	1,31	1,26	1,35	1,34	..	..
età media della madre al parto	31,7	32	32	32,1	..	31,8	32,1	32,1	32,2	..	..
speranza di vita alla nascita - maschi	78,5	78,6	79	79,3	..	78,1	78,5	78,7	78,8	..	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	17,6	17,7	18	18,3	..	17,1	17,6	17,7	17,9	..	..
speranza di vita alla nascita - femmine	83,4	83	83,1	83,5	..	83,4	83,1	83,1	83,1	..	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	21	20,6	20,6	21	..	20,9	20,6	20,6	20,7	..	..
speranza di vita alla nascita - totale	80,9	80,7	81	81,3	..	80,7	80,7	80,8	80,9	..	..
speranza di vita a 65 anni - totale	19,3	19,2	19,3	19,6	..	19	19,1	19,2	19,3	..	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14,3	14,3	14	13,8	13,5	14,7	14,8	14,4	14,2	14	..
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66,5	65,8	65,8	65,7	65,6	67,4	66,8	66,8	66,8	66,6	..
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	19,3	19,9	20,2	20,5	20,9	17,9	18,5	18,7	19	19,3	..
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	50,4	52,1	51,9	52,1	52,5	48,4	49,8	49,6	49,7	50,1	..
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	29	30,2	30,6	31,2	31,9	26,6	27,7	28	28,4	29	..
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	135,1	138,6	143,6	148,6	154,3	122	125,2	129,6	133,5	137,8	..
età media della popolazione - al 1° gennaio	43	43,3	43,6	43,9	44,2	42,2	42,5	42,8	43,1	43,3	..
Dati estratti il 02 gen 2025 - fonte sito I.Stat											

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

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

Analisi del contesto esterno

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

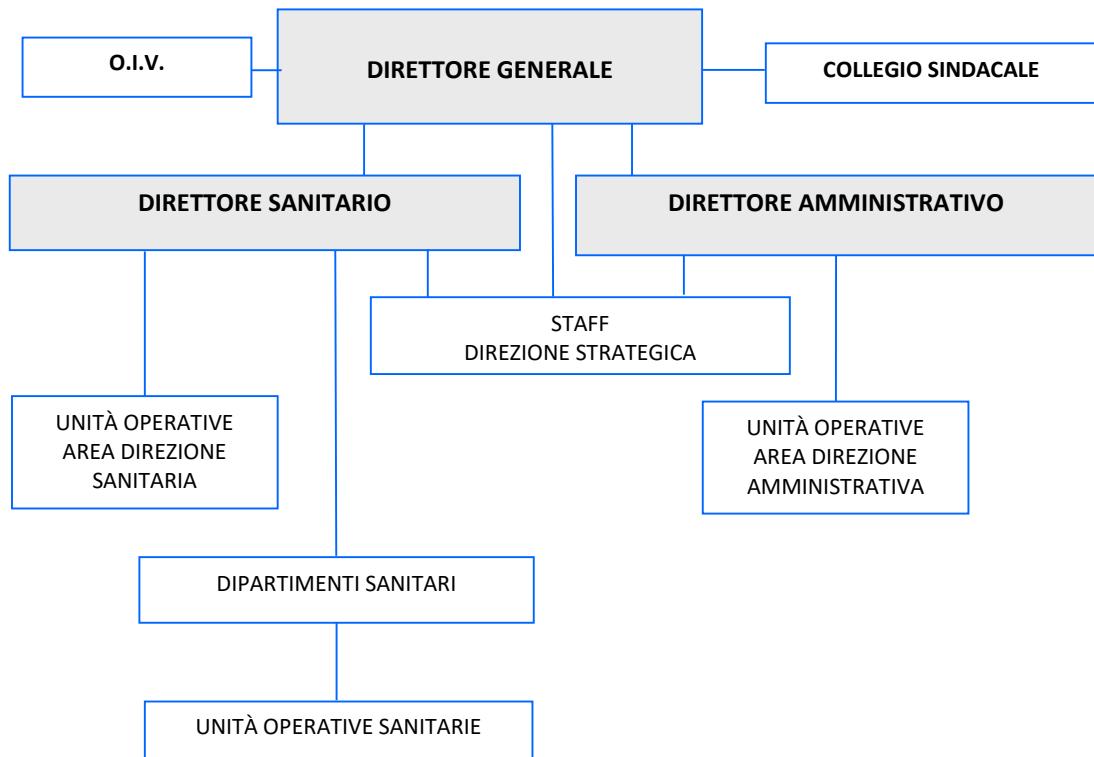
L’attività, quindi, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la provincia di Caserta.

Analisi del contesto interno

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

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

ORGANIGRAMMA GENERALE



I dati di attività degli anni precedenti

I dati, come di consueto, vengono riferiti all’esercizio precedente all’anno appena conclusosi e, quindi, in questo caso, all’anno 2023. Tuttavia, sono stati riportati anche alcuni dati riferiti all’anno 2024 già disponibili; tali dati, sebbene non ancora consolidati e, quindi, suscettibili di lievi aggiustamenti, possono essere utili ad avere un confronto più aggiornato. Si riporta, pertanto, a seguire, l’analisi dei dati di attività relativa agli anni precedenti:

A) REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

Le SDO prodotte **nell’anno 2024** in regime di ricovero ordinario sono state **n.13.830**, nello stesso periodo 2023 erano state n. 14.189 facendo registrare un decremento del **-2,53%**. Il rimborso economico nell’anno 2024 in regime ordinario prodotto è stato pari a **€.66.947.628,00**, mentre nel 2023 il rimborso era stato di €. 68.488.171,00 facendo, quindi, registrare un decremento del **-2,25%**. Il rimborso medio DRG/caso trattato nell’anno 2024 è di **€. 4.840,75**, nel 2023 è stato di €. 4.826,85 facendo registrare un incremento del **+0,29%**.

Il peso medio nel **2024** è stato **1,38**, stesso valore nel 2023 .

La degenza media registrata è di **8,86** nel **2024** facendo registrare un - 0,11% rispetto al 2023 (8,87).

L’attività erogata nel corso dell’anno 2024, ha determinato:

	ANNO 2023	ANNO 2024
INDICE DI OCCUPAZIONE	88%	81%
DEGENZA MEDIA	8,87	8,86
INTERVALLO DI TURN OVER	1,01	1,75
INDICE DI ROTAZIONE POSTI LETTO	45,26	40,12

	Anno 2023	Anno 2024
Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Valore soglia 0,24	0,12%	0,10%

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

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

RAFFRONTO E ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO
REGIME ORDINARIO
ANNO 2024/2023

	ANNO 2023	ANNO 2024	VARIAZIONE %
N. SDO RIC. ORDINARI	14.189	13.830	-2,53%
RIMBORSO TOTALE SDO ORD	68.488.171,00	66.947.628,00	-2,25%
TOTALE RICOVERI 0/1 GG	931	1090	17,08%
di cui RICOVERI DRG MEDICI 0/1 GG	367	287	-21,80%
di cui RICOVERI DRG CHIRURGICI 0/1 GG	564	575	1,95%
N. SDO DRG MEDICI ORD.	7.928	7.723	-2,59%
RIMBORSO DRG MEDICI	23.927.596,00	22.912.378,00	-4,24%
N.SDO DRG CHIRURGICI	6.261	6.107	-2,46%
RIMBORSO DRG CHIRURGICI	44.560.575,00	44.135.250,00	-0,95%
PESO MEDIO	1,38	1,38	0,00%
RIMBORSO MEDIO PER CASO	4.826,85	4.840,75	0,29%
INDICE DI OCCUPAZIONE	88	81	-7,65%
DEGENZA MEDIA	8,87	8,86	-0,11%

L’attività erogata nel corso dell’anno 2024 evidenzia:

- un decremento del **- 2,25%** dei rimborsi totali da DRG, passati da € 68.488.171 nel 2023 a € **66.947.628,00** nel **2024**;
- una sostanziale invarianza del peso medio;

- un incremento dei ricoveri di 1 giorno;
- un decremento **(-2,46%)** della produzione dei DRG/chirurgici;
- una lieve riduzione del valore medio dei DRG.

B) REGIME DI RICOVERO DH/DS

L’analisi effettuata evidenzia quanto segue:

L’analisi è stata condotta sulle SDO in regime di DH/DS trasmesse che sono state 3.621 nell’anno 2024, mentre nel 2023 erano state 5.303, con un decremento del -31,72%. Nel **2024** il valore economico è stato di **€.5.461.907,10**, mentre nel 2023 era stato di **€. 8.141.378,00** facendo registrare un decremento del **-32,91%**.

RAFFRONTO E ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2024/2023 REGIME DH/DS

	ANNO 2023	ANNO 2024	VARIAZIONE %
N.SDO TOTALE DH/DS	5.303	3.621	-31,72%
RIMBORSO TOTALE DH/DS	8.141.378,00	5.461.907,10	-32,91%
N. SDO DRG MEDICI DH	2.532	873	-65,52%
RIMBORSO DRG MEDICI	4.119.177,00	1.423.124,00	-65,45%
N.SDO DRG CHIRURGICI DS	2.771	2.748	-0,83%
RIMBORSO DRG DS	4.022.201,00	4.038.783,10	0,41%

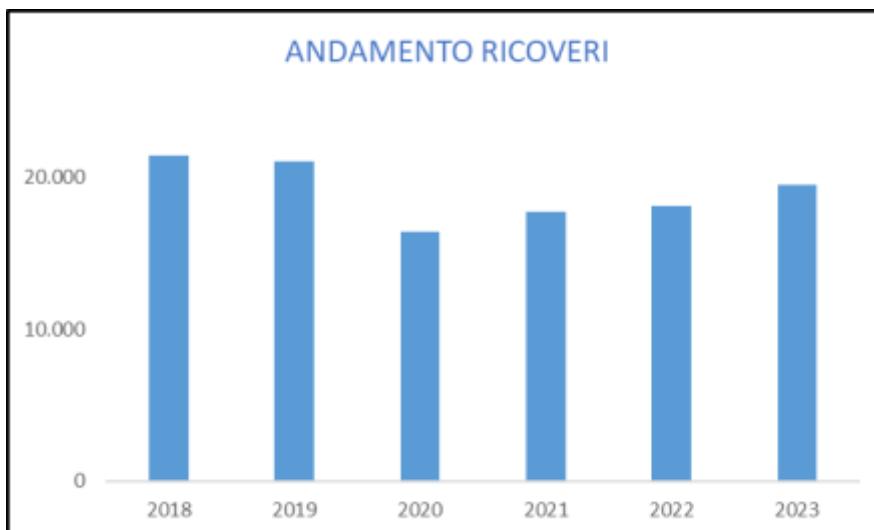
C) RIEPILOGO TOTALE

In sintesi possiamo affermare che il rimborso economico totale delle SDO prodotte complessivamente in regime ordinario e DH/DS nell’ **anno 2024** è pari a **€.72.409.536,00**, mentre nello stesso periodo 2023 era stato di **€.76.629.549,00** con un decremento percentuale circa del **-5,51%**.

Il totale delle SDO in regime ordinario e DH/DS prodotte nell’ anno **2024** è stato di **17.451**, mentre nel 2023 era stato di 19.492 facendo registrare un decremento del **-10,47%**.

	ANNO 2023	ANNO 2024	VARIAZIONE %
TOTALE RICOVERI ORDINARI E DH/DS	19.492	17.451	-10,47%
TOTALE RIMBORSO RICOVERI ORDINARI E DH/DS	76.629.549,00	72.409.536,00	-5,51%

I dati sopra esposti vengono rappresentati, di seguito, in forma sintetica confrontati con quelli degli anni precedenti; risalta evidente l’influenza che ha avuto la diffusione della pandemia da Covid-19 sulle prestazioni erogate:



Pur con un trend in crescita in termini di numero di ricoveri rispetto agli ultimi anni, i valori, in termini di volumi, sono ancora leggermente inferiori a quelli prepandemici. Tuttavia, lo scenario risulta invertito in termini di rimborsi, come si evince dal grafico seguente:



Dall’analisi dei grafici emerge, quindi, oltre ad una crescita dei rimborsi da ricovero che ha superato anche i valori prepandemici, anche una crescita della complessità dei trattamenti erogati dall’azienda, in linea con la mission assegnata alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione.

D) ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Per questa categoria, essendo già disponibili i dati dell’esercizio 2024, vengono confrontati di seguito con quelli dell’anno precedente:

DATI AMBULATORI - Confronto 2023 - 2024		2023		2024	
Unità Operative		N°Prestazioni	Tot. Importo Prestazioni	N°Prestazioni	Tot. Importo Prestazioni
Allergologia		708	12.756,77 €	924	15.225,99 €
Assistenza Neonatale		119	3.872,26 €	1	32,54 €
Camera Iperbarica		4.218	216.564,41 €	2.557	94.295,75 €
Dermatologia		5.212	77.883,52 €	4.168	61.873,01 €
Elettrostimolazione		2.907	60.333,78 €	3.269	67.336,67 €
Terapia del Dolore		8.524	540.011,01 €	11.892	608.122,95 €
U.O.C. Anatomia Patologica		3.956	132.902,32 €	4.595	156.049,10 €
U.O.C. Angioradiologia Interventistica		100	5.340,73 €	995	47.169,50 €
U.O.C. Cardiochirurgia		675	10.303,86 €	601	9.602,66 €
U.O.C. Cardiologia a Direzione Universitaria		921	17.168,79 €	1.396	22.150,64 €
U.O.C. Chirurgia Generale e d’Urgenza		906	9.157,59 €	2.039	20.739,73 €
U.O.C. Chirurgia Maxillo Facciale		2.708	64.186,49 €	4.841	448.994,68 €
U.O.C. Chirurgia Oncologica		1.345	254.138,19 €	1.966	298.240,21 €
U.O.C. Chirurgia Vascolare		1.246	21.921,61 €	1.300	22.290,67 €
U.O.C. Day Surgery Polispecialistico		3.054	44.767,41 €	3.607	53.701,71 €
U.O.C. Diagnostica per Immagini		7.116	420.899,22 €	7.918	515.833,86 €
U.O.C. Ematologia		5.661	129.325,16 €	7.665	229.898,98 €
U.O.C. Gastroenterologia		3.007	105.544,65 €	3.814	126.227,50 €
U.O.C. Geriatria		1.020	17.370,73 €	1.411	22.076,07 €
U.O.C. Laboratorio Analisi		75.766	386.154,51 €	94.018	464.414,30 €
U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali a Direzione Universitaria		2.868	44.721,63 €	2.988	47.317,08 €
U.O.C. Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza		677	10.553,57 €	260	4.030,85 €
U.O.C. Medicina Interna		8.172	155.186,16 €	10.081	175.795,74 €
U.O.C. Nefrologia e Dialisi		7.209	806.292,63 €	8.475	792.560,88 €
U.O.C. Neonatologia		277	8.656,25 €	602	13.273,82 €
U.O.C. Neurochirurgia		1.774	34.023,59 €	1.771	34.089,49 €
U.O.C. Neurologia		5.931	84.114,83 €	11.241	167.435,47 €
U.O.C. Neuroradiologia		848	183.255,22 €	1.394	295.666,49 €
U.O.C. Oculistica		9.357	798.417,07 €	9.018	606.070,97 €
U.O.C. Oncologia Medica a Direzione Universitaria		8.878	730.154,73 €	12.883	1.281.035,34 €
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia		6.193	115.707,60 €	6.972	143.938,00 €
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia a Direzione Universitaria		5.107	200.980,75 €	5.601	236.602,89 €
U.O.C. Otorinolaringoiatria		5.186	77.170,60 €	6.999	104.962,58 €
U.O.C. Pediatria		1.299	22.553,59 €	1.278	21.108,51 €
U.O.C. Pneumologia		4.187	119.161,34 €	6.182	176.341,22 €
U.O.C. Servizio Immuno Trasfusionale		6.926	160.924,32 €	8.629	198.849,86 €
U.O.C. Urologia		3.175	92.820,78 €	4.370	140.986,71 €
U.O.S.D. Fisiopatologia Epatica S.A.T.T.E		1.189	24.437,29 €	1.233	26.076,28 €
U.O.S.D. Follow Up del Paziente Post Acuto		10.511	266.988,82 €	12.423	314.919,62 €
U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica		2.300	184.054,32 €	3.205	269.644,41 €
U.O.S.D. Neurorabilitazione e Unità Spinale - Riabilitazione Funzionale		388	7.812,50 €	591	12.062,76 €
U.O.S.D. Senologia		1.548	24.182,20 €	1.604	25.156,17 €
U.O.S.D. Stroke Unit		608	14.503,36 €	826	17.757,43 €
Totale		223.777	6.697.276,16 €	277.603	8.389.959,09 €

Fonte dati Tableau - Piattaforma CUP Regionale

E) ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Anche per il pronto soccorso, essendo già disponibili i dati dell'esercizio 2024, vengono di seguito confrontati con quelli dell'anno precedente:

Dati complessivi PRONTO SOCCORSO 2024-2023 (Generale+Ginecologico+Pediatrico)		
ESITO DIMISSIONE	2024	2023
Abbandona prima della chiusura della cartella	3.610	5.027
Abbandona prima della visita	2.793	2.469
Deceduto in PS	172	148
Dimissione a domicilio	18.290	16.746
Dimissione a strutture ambulatoriali	28.808	29.283
Giunto cadavere	7	10
Ricovero	9.014	9.134
Rifiuta ricovero	3.990	4.051
Trasferito ad altro Ospedale	534	568
Trasferito in struttura territoriale	48	80
TOTALE ACCESSI	67.266	67.516
CODICE COLORE	2024	2023
Arancione	5.993	6.249
Azzurro	12.567	
Bianco	16.989	19.381
Nero	7	7
Rosso	829	741
Verde	30.881	29.919
TOTALE ACCESSI	67.266	67.516

Nell'anno 2024 gli accessi complessivi registrati sono risultati complessivamente pari a 67.266, mentre nel 2023 erano stati 62.516.

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

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	DATI PRONTO SOCCORSO GENERALE		DATI PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO		DATI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	
	ESITO DIMISSIONE	2024	2023	2024	2023	2024	2023
Abbandona prima della chiusura della cartella	3.394	4.823	137	143	79	61
Abbandona prima della visita	2.778	2.468	3	1	12	
Deceduto in PS	171	148	1			
Dimissione a domicilio	7.347	5.488	2.504	2.408	8.439	8.850
Dimissione a strutture ambulatoriali	26.213	26.781	2.236	2.184	359	318
Giunto cadavere	7	10				
Ricovero	6.623	6.760	1.485	1.613	906	761
Rifiuta ricovero	3.195	3.208	157	137	638	706
Trasferito ad altro Ospedale	449	471	1	1	84	96
Trasferito in struttura territoriale	48	79				1
TOTALE ACCESSI	50.225	50.236	6.524	6.487	10.517	10.793
CODICE COLORE	2024	2023	2024	2023	2024	2023
Arancione	5.964	6.225	5	10	24	14
Azzurro	12.087	10.997	20	36	460	186
Bianco	16.411	18.626	103	133	475	622
Nero	7	6				1
Rosso	817	731	1	2	11	8
Verde	14.939	13.651	6.395	6.306	9.547	9.962
TOTALE ACCESSI	50.225	50.236	6.524	6.487	10.517	10.793

Le attività nell’ambito delle relazioni con il pubblico

Nell’anno 2024 l’Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp) ha, in sintesi, svolto le seguenti attività:

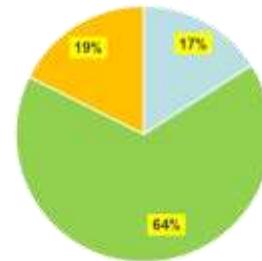
- **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.735 contatti, distinti come segue:

MOTIVO DEL CONTATTO	n.	%
INFORMAZIONE	400	54
PROBLEMA	335	46
TOTALE	735	100

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

URP
CONTATTI UTENTI GENNAIO - DICEMBRE 2024 / MODALITÀ DI CONTATTO

MODALITÀ DI CONTATTO	n.	%
VERBALE	126	17
TELEFONO	471	64
EMAIL	86	19
PEC	52	
TOTALE CONTATTI	735	100



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

Nell’anno 2024 l’Urp ha raccolto e gestito n. 14 reclami scritti presentati:

- n. 11 con PEC;
- n. 3 a mano con scheda.

Premesso che ogni **reclamo** può contenere una o più **segnalazioni negative** riferite a una o più articolazioni aziendali, si sottolinea che su n. **14** reclami, il totale delle segnalazioni per l’anno 2024 è di n. **16**.

Si indicano, a seguire, le Unità operative ed i Settori interessati dai **14** reclami.

UU.OO.

- n. 1 Geriatria;
- n. 1 Maxillo -Facciale;
- n. 4 Medicina e Chirurgia d’Urgenza / Pronto Soccorso;
- n. 2 Ostetricia e Ginecologia;
- n. 1 Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri;
- n. 2 Ematologia a Indirizzo Oncologico;
- n.1 Neurologia;
- n. 1 Oculistica;
- n. 1 Malattie Infettive.

SERVIZI

- n. 1 CUP.

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

Nell’**anno 2024** l’Urp ha raccolto e gestito n. **19** elogi scritti, presentati:

- n. 2 con scheda;
- n. 17 con e-mail/pec.

Premesso che ogni elogio può contenere una o più **segnalazioni di merito**, si sottolinea che, su n. **19** elogi, il totale delle segnalazioni per l’anno 2024 è di n. **23**.

Si indicano, a seguire, le Unità operative interessate dagli elogi:

UU.OO.

- n. 2 Anestesia e Rianimazione;
- n. 2 Cardiologia a Direzione Universitaria;
- n. 2 Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia;

- n. 1 Medicina e Chirurgia d’Urgenza / Pronto Soccorso;
- n. 1 Ortopedia e Traumatologia;
- n. 4 Geriatria;
- n. 1 Ematologia ad indirizzo oncologico;
- n. 1 Day Surgery Polispecialistica e Chirurgia a Ricovero Breve;
- n. 1 Gastroenterologia;
- n. 2 Otorinolaringoiatria
- n. 1 Oncologia medica;
- n. 5 Chirurgia Generale ed Oncologica.

Tutte le segnalazioni/elogi sono state inoltrate alle unità operative interessate al fine di poter maggiormente promuovere le performance.

Comunicazione – Ufficio stampa

Nell’**anno 2024** l’Ufficio stampa e relazioni con i media:

- Nell’ambito dell’area di attività **Ufficio stampa e relazioni con i media**:
 - ➔ Ha curato le attività di informazione dell’Azienda ospedaliera indirizzate ai mass media:
 - ❖ Gestendo i rapporti con: stampa, televisione, radio, new media;
 - ❖ Redigendo e inviando alle redazioni giornalistiche comunicati stampa riguardanti l’attività dell’Ospedale e del suo vertice istituzionale, relativi a iniziative ed eventi promossi e sostenuti dall’Ospedale stesso;
 - ❖ Promuovendo interviste su temi di interesse con il coinvolgimento delle Direzioni e/o delle Unità operative;
 - ❖ Assicurando alle redazioni giornalistiche le notizie da queste ultime richieste su argomenti specifici, attraverso l’attivazione di percorsi di comunicazione interna utili allo scopo, puntualmente concordati con la Direzione Aziendale;

- ❖ Pubblicando sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), in una sezione dedicata, i comunicati stampa elaborati e la rassegna stampa di riferimento;
 - ❖ Monitorando e gestendo quotidianamente la rassegna stampa in materia di sanità, prodotta da una Società esterna di settore, con cui ha curato i rapporti legati all’attività specifica.
-
- Nell’ambito dell’area di attività **Comunicazione Istituzionale - Redazione delle Informazioni al Cittadino:**
 - ➔ Ha curato la redazione delle informazioni direttamente indirizzate ai cittadini sulle attività dell’Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso:
 - ❖ Producendo e/o aggiornando, all’occorrenza e per effetto delle novità introdotte dall’adozione e dall’applicazione del nuovo Atto Aziendale, i contenuti informativi di pertinenza della Carta dei Servizi, articolata in *sezioni*, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in *paragrafi* tematici:

L’AZIENDA OSPEDALIERA

L’OSPEDALE: STRUTTURE, ASSISTENZA, SERVIZI

GLI AMBULATORI

LA COMUNICAZIONE, LA TUTELA, LA PARTECIPAZIONE

L’AREA DIDATTICA E FORMATIVA

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

- ❖ Aggiornando e implementando, all’occorrenza e per effetto delle novità introdotte dall’adozione e dall’applicazione del nuovo Atto Aziendale, per la pubblicazione sul sito internet (www.ospedale.caserta.it), le informazioni di carattere logistico. Gli interventi

hanno interessato le sezioni riferite ai Dipartimenti Sanitari e agli elenchi delle Unità operative distinte in: UO Staff Direzione Strategica; UO Area Direzione Amministrativa; UO Area Direzione Sanitaria; UO Sanitarie, sia Uoc sia Uosd, con indicazione dei relativi Direttori / Responsabili, edificio e piano di ubicazione. Hanno, inoltre, riguardato la sezione Mappa Ospedale che contiene gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità operative distribuite per piano di ubicazione;

- ❖ Elaborando avvisi e locandine informative, veicolati anche attraverso il sito internet aziendale, sui seguenti temi:
 - ☞ “Vaccinazioni per i pazienti fragili: modalità di accesso e ambulatorio vaccinale”;
- ❖ Promuovendo la pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) di locandine confezionate dalle Unità operative per la pubblicizzazione di iniziative ed eventi sanitari dalle stesse organizzate.
- ➔ Ha partecipato a un gruppo di lavoro aziendale per l'individuazione delle aree comuni degli edifici ospedalieri (hall, sale di attesa, corridoi, punto accoglienza nell'edificio F e banco accettazione del punto prelievi e della preospedalizzazione nell'edificio B) in cui affiggere e distribuire il materiale informativo (poster, locandine, brochure, cartoncini) consegnato all'AORN di Caserta dall'Ufficio Comunicazione della Soresa, per promuovere la Campagna Informativa della Regione Campania sulla Sanità digitale “Campania in Salute”, contraddistinta da sei contenuti tematici: *Cup unico regionale; Corredo vaccinale; Fascicolo sanitario elettronico; Scelta medico e pediatra; Esenzioni ticket; Telemedicina.*

Le prospettive per l'anno 2025]

In generale, le prospettive di cui tener conto per l'anno 2025 sono in linea con le previsioni della D.G.R.C. n. 465 del 27.7.2023. Per il dettaglio, si veda l'allegata *Direttiva del Direttore Generale 2025* ed il paragrafo dedicato agli obiettivi strategici ed operativi.

In tal senso, è opportuno riportare i dati del bilancio di previsione relativo alle risorse finanziarie e ai costi previsti per l’anno 2025, confrontati con i dati dell’anno precedente – deliberazione n. 1130 del 6 novembre 2024 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

CODICE	DESCRIZIONE	Preventivo 2025	Preventivo 2024
	A) Valore della produzione		
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	97.956.355,19	84.556.676,34
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-8.400.876,99	-6.090.887,99
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	9.304.891,60	7.066.275,20
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	105.981.088,23	97.824.662,45
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	924.962,01	840.662,96
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	999.732,41	1.129.467,64
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	5.952.369,31	4.645.168,19
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	187.154,20	153.612,46
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	212.905.675,96	190.125.637,25
	B) Costi della produzione		
BA0010	B.1) Acquisti di beni	52.631.681,31	46.660.316,29
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	34.968.806,30	22.626.826,52
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.902.408,63	4.942.176,18
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.559.756,36	1.687.008,16
BA2080	Totale Costo del personale	101.512.987,24	94.501.906,07
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	86.389.831,40	81.832.565,43
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	743.763,94	785.706,91
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	10.267.330,50	8.073.190,11
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	4.112.061,40	3.810.443,62
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.236.017,78	1.113.738,49
BA2560	Totale Ammortamenti	5.968.910,03	4.661.708,90
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	589.155,77	232.722,01
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	5.379.754,26	4.428.986,89
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	500.000,00	500.000,00
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-3.832.168,34	-2.706.501,08
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	4.455.327,54	9.736.937,72
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	205.903.726,85	183.724.117,25
	C) Proventi e oneri finanziari		
CA0010	C.1) Interessi attivi	0,00	0,00
CA0050	C.2) Altri proventi	0,00	0,00
CA0110	C.3) Interessi passivi	0,00	0,00
CA0150	C.4) Altri oneri	11.057,49	0,00
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-11.057,49	0,00
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
DA0010	D.1) Rivalutazioni	0,00	0,00
DA0020	D.2) Svalutazioni	0,00	0,00
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0,00	0,00
	E) Proventi e oneri straordinari		
EA0010	E.1) Proventi straordinari	0,00	253.740,00
EA0260	E.2) Oneri straordinari	0,00	0,00
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	0,00	253.740,00
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.990.891,62	6.655.260,00
	Y) Imposte e tasse		
YA0010	Y.1) IRAP	6.943.507,62	6.608.220,00
YA0060	Y.2) IRES	47.384,00	0,00
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	6.990.891,62	6.655.260,00
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0,00	0,00

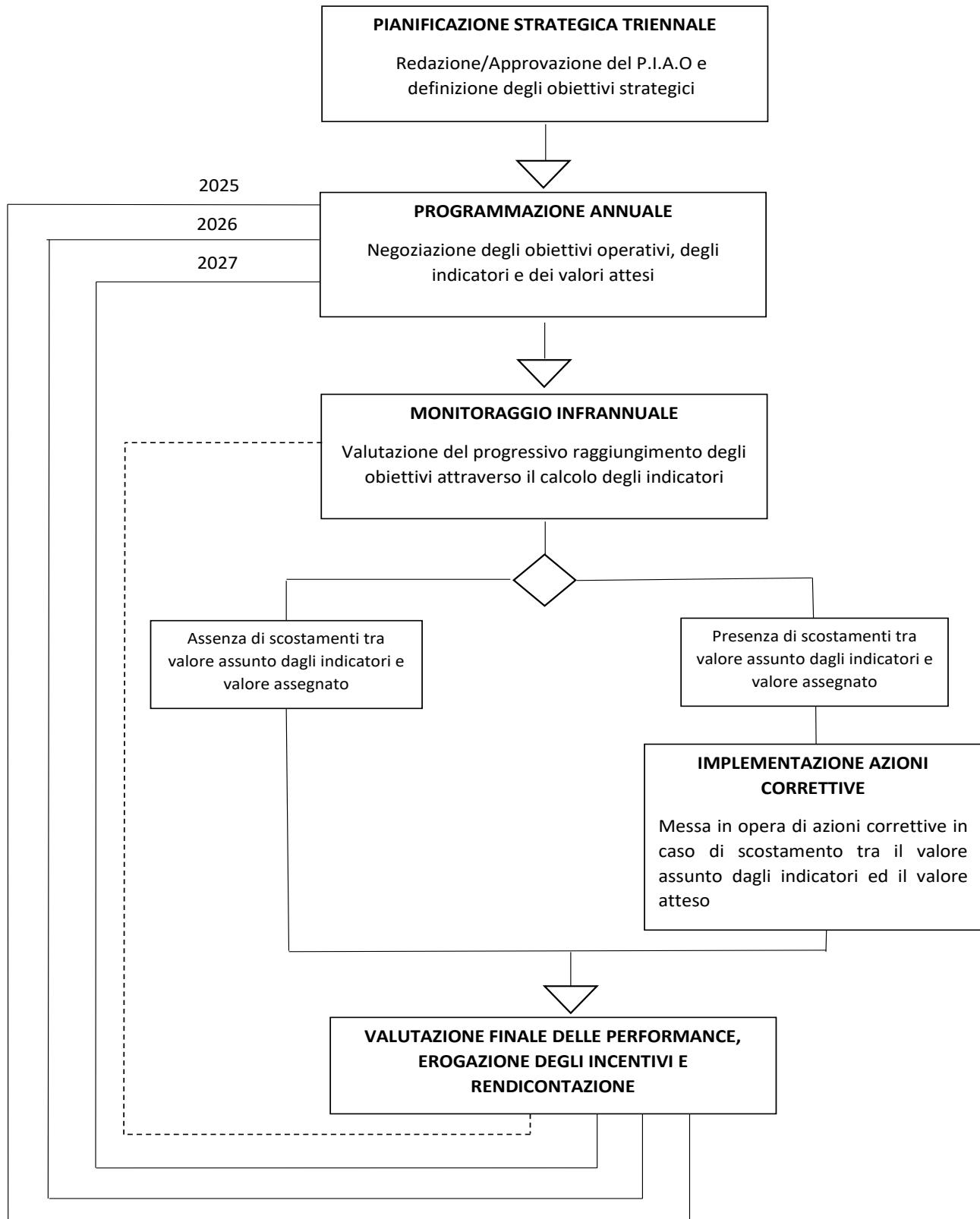
L’Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell’equilibrio economico anche per l’anno 2025.

2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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



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

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

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

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

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

La valutazione della performance individuale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

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

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

Di seguito, vengono richiamati, in maniera sintetica:

- gli obiettivi strategici assegnati all’azienda con DGRC n.465 del 27.7.2023;
- gli obiettivi contenuti nella Direttiva della Direzione Strategica per l’anno 2025;
- gli obiettivi operativi che discendono direttamente dai precedenti.

Obiettivi strategici assegnati all’Azienda

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

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

*delle reti assistenziali; Ammodernamento tecnologico ed edilizio; Arruolamento e formazione continua del personale), anche i cosiddetti **obiettivi di carattere generale** assegnati al direttore generale con D.G.R.C. n.465 del 27.7.2023 che vengono riportati qui di seguito:*

1) Obiettivi di carattere generale:

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

2) Obiettivi specifici:

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

3) Obiettivi tematici:

- a) attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;*
- b) digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;*
- c) erogazione almeno all’80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali.*

Obiettivi contenuti nella Direttiva del Direttore Generale per l’anno 2025

L’Azienda, mediante l’emanazione della direttiva del Direttore Generale 2025, allegata al presente documento, ha definito gli indirizzi di natura sanitaria volti al conseguimento degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del S.S.R., con particolare riferimento all’assistenza centrata sul paziente al fine di rispettare i suoi bisogni/valori e garantire le decisioni cliniche prese in suo favore. In tale ottica, essa si concentra principalmente sulle seguenti linee di attività:

- rispetto delle liste di attesa per codici di priorità;
- distribuzione diretta dei farmaci per il primo ciclo terapeutico;
- adeguamento e potenziamento delle reti tempo dipendenti;
- riduzione dei tempi di degenza media;
- fruizione delle ferie;
- proseguimento nell’implementazione del fascicolo sanitario elettronico;
- screening oncologici;
- obiettivo NSG H18C sui parti cesarei.

Obiettivi operativi

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

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

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, compatibilmente con lo stato di implementazione dei vari strumenti informatici gestionali, questa si strutturerà annualmente

attraverso la metodica dei budget operativi con i quali si negozianno gli obiettivi tra la direzione strategica ed i vari direttori di UU.OO., sia di area sanitaria che amministrativa.

Nella fattispecie, gli obiettivi operativi possono essere ricondotti ad alcune delle dimensioni della performance che sono state individuate facendo ricorso alla cosiddetta Balanced scorecard. Quest'ultima, permette di tradurre la missione e la strategia di una organizzazione in un insieme coerente di misure di performance che tengono conto della prospettiva economico-finanziaria, ma anche delle prospettive dell'apprendimento e crescita, dei processi aziendali e della clientela. Ispirandosi ai driver individuati dalla Balanced scorecard, il presente Piano, quale sintesi della propria programmazione, individua le dimensioni - entro cui declinare i vari obiettivi – che corrispondono alle seguenti aree strategiche:

- AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA E DLL'ECONOMICITA';
- AREA STRATEGICA DELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE E DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO;
- AREA STRATEGICA DELL'EFFICACY (ESITI), DELLA QUALITA' E DELL'APPROPRIATEZZA;
- AREA STRATEGICA DELL'EFFECTIVENESS (ESITI), DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA, DELL'EQUITA' E DELL'EMPOWERMENT.

Per ciascuna area strategica individuata, così come rappresentato anche graficamente nel cosiddetto albero della performance, il presente Piano declina i vari obiettivi strategici da cui poi discendono direttamente gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori.

A partire da tali obiettivi, la Direzione Strategica negozi con i Direttori/Responsabili di struttura gli obiettivi per la valutazione della performance organizzativa.

I Direttori/Responsabili di struttura, a loro volta e senza mai configgere con gli obiettivi assegnati a ciascuna articolazione organizzativa, assegnano specifici obiettivi ai singoli professionisti.

Analogamente, di concerto con il SITRA, vengono declinati specifici obiettivi individuali per il personale del comparto, anch'essi coerenti con gli obiettivi operativi attribuiti alle strutture di appartenenza.

2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Tutto il personale dirigente, il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità, nonché il personale del comparto, è inserito nel sistema aziendale di valutazione della performance codificata dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) di cui all’articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 al quale si rimanda per la descrizione delle modalità di:

- individuazione ed attribuzione degli obiettivi organizzativi ed individuali;
- verifica del raggiungimento (in itinere e finale) dei target assegnati per ogni indicatore associato ai vari obiettivi assegnati;
- calcolo dei punteggi di performance che verranno poi tradotti nella retribuzione di risultato.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La legge n. 190/2012 ha introdotto in Italia il sistema organico di prevenzione della corruzione, la quale prevede una strategia di contrasto alla corruzione che si articola in un approccio coordinato tra le azioni messe in campo a livello nazionale e quelle interne a ciascuna amministrazione.

In questa direzione l’**Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.)** svolge un ruolo fondamentale mediante il **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)** e le rispettive linee guida, fornendo indicazioni e indirizzi a cui devono attenersi gli enti pubblici nel predisporre la propria strategia di prevenzione, triennale, di prevenzione della corruzione e della trasparenza che sinteticamente deve essere ricompresa nell’ambito del **Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione (PIAO 2025-2027)**.

Con il documento PIAO l’Amministrazione esamina sia la propria organizzazione interna che il contesto esterno in cui opera, soprattutto, allo scopo di valutare il livello di esposizione al rischio corruttivo.

Le misure previste per prevenire fenomeni di corruzione e garantire la trasparenza delle proprie azioni, dunque, costituiscono il documento – che viene pubblicato per il cittadino in maniera intelligibile – con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione ai rischi di corruzione e, secondo una logica incrementale di miglioramento progressivo, indica gli interventi organizzativi che intende effettuare per prevenire tali rischi. In questo senso, la predisposizione di tali misure presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa dell’ente, dei processi decisionali e dei procedimenti amministrativi, senza i quali risulta difficile identificare quali profili di rischio corruttivo siano presenti nelle attività ed in che modo intervenire per provare ad evitare o comunque mitigare detti rischi.

La finalità è quella di individuare dove e come si annidano i principali rischi nello svolgimento dell’attività amministrativa propedeutica alla *mission* dell’ente e, di conseguenza, lo scopo è quello

di predisporre gli interventi organizzativi che meglio si adattano alla fisionomia dell’ente e che si ritengono opportuni ed attuabili per contenere il fenomeno della corruzione nei pubblici uffici. Ogni amministrazione ha le proprie peculiarità e presenta sia differenti livelli di esposizione, sia differenti fattori che possono favorire la corruzione, dovuti ai diversi contesti sociali, economici e organizzativi in cui operano.

Per quanto sopra, ogni ente ha il compito di valutare il rischio corruzione e di decidere come trattarlo nell’ambito del PIAO, mediante identificazione e programmazione delle misure di prevenzione, seguendo le linee guida fornite a livello nazionale dall’ANAC.

A livello metodologico, i Principi Guida indicati nel *PNA aggiornato dall’ANAC* per il processo di gestione del rischio sono i seguenti:

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

La presente relazione sulle misure da adottare è stata redatta in linea con i suddetti principi. Il processo di gestione del rischio di corruzione è stato progettato e realizzato in modo sostanziale ed

è stato adeguato alle specificità della Azienda Ospedaliera Sant’Anna e San Sebastiano, **mediante reciproci confronti con le diverse strutture organizzative sia per la mappatura dei processi con la valutazione dei rischi che per il trattamento delle misure di prevenzione.**

Per la realizzazione delle misure previste, infatti, si richiede la partecipazione attiva di dirigenti e responsabili che conoscono nel dettaglio le specificità dei singoli settori in cui si esplica l’attività complessiva dell’amministrazione. Il coinvolgimento e la partecipazione attiva degli attori ai vari livelli decisionali, in tal modo, li rende consapevoli del rilievo che possono avere le misure di prevenzione, contribuendo sia alla creazione di un tessuto culturale favorevole alla prevenzione della corruzione, sia all’espressione di **un valore pubblico** della propria Azienda; quest’ultimo può essere definito come l’incremento del benessere reale che viene prodotto presso la collettività (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) e che deriva dal miglior utilizzo da parte dell’ente delle proprie risorse tangibili (finanziarie e tecnologiche etc.) e intangibili, quali: capacità organizzative, rete di relazioni interne/esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate mediante erogazione di prestazioni sanitarie senza ulteriori incremento dei costi, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi di reputazione dovuti a insufficiente trasparenza o fenomeni corruttivi.

La predisposizione del presente PIAO 2025 – 2027, tiene conto degli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale e dell’attività in materia di anticorruzione e trasparenza svolta nel 2024.

Al fine di garantire la massima trasparenza e la più ampia partecipazione alla strategia di prevenzione della corruzione, la Corte Costituzionale ha chiarito che con la legge 190/2012 “la trasparenza amministrativa viene elevata anche al rango di principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione” e che le modifiche al d.lgs. 33/2013, introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, hanno esteso ulteriormente gli scopi perseguiti attraverso il principio di trasparenza, aggiungendovi la finalità di “tutelare i diritti dei cittadini” e “promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa” (sentenza Corte Costituz. 20/2019). Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost.) L’obiettivo delle attività aziendali per le misure preventive di anticorruzione e per la trasparenza è quello di affrontare una sfida degli enti pubblici per diventare parti di una più ampia strategia che

consenta loro di uscire dal loro perimetro e trasformarsi in un elemento stabile e permanente dello stato di diritto, superando la logica della sola ed esclusiva regolamentazione come mezzo per assicurare un effettivo contrasto alla corruzione mediante mero adempimento.

2.3.1 L’iter di adozione e valore pubblico

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

I contenuti del d.lgs. 33/2013 integrano l’individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione.

Ai fini della predisposizione della sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione e alla garanzia della trasparenza delle azioni dell’amministrazione, il PNA raccomanda di realizzare forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione del PIAO, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento anche nella prospettiva di collegare la trasparenza amministrativa con il **valore pubblico** partecipato, per cui sarebbe necessario sviluppare strumenti che garantiscono e potenzino le discussioni pubbliche.

In tale contesto, prima dell’adozione del presente Piano, si è proceduto a pubblicare un Avviso pubblico in data 08/01/2025 sul sito internet aziendale al fine di consentire agli Stakeholders esterni la presentazione di suggerimenti e/o istanze, per sollecitarne la partecipazione alle consultazioni in fase di redazione degli aggiornamenti del PTPCT.

Per realizzare la partecipazione nella definizione della strategia per la creazione del **valore pubblico** sarà necessario sia la rilevazione del grado di soddisfazione dell’utenza e degli stakeholder che sviluppare le relazioni con i cittadini e con gli altri soggetti interessati.

Per **valore pubblico** che si produce per il bene comune, cioè che si sviluppa anche a seguito dell’attivazione e della realizzazione delle misure di prevenzione della corruzione, si intende come un valore globale che provoca un aumento generale del benessere economico, sociale, ambientale, culturale etc. che viene prodotto realmente nell’ambito della collettività; ciò deriva, da parte dell’ente, dall’ottimizzazione di utilizzo sia delle proprie risorse finanziarie e tecnologiche etc. (tangibili) e sia delle proprie capacità organizzative di fare rete di relazioni interne/esterne e di capacità di lettura delle varie problematiche (intangibili) propedeutiche, rispettivamente, alla produzione di risposte adeguate all’utenza del territorio, mediante erogazione delle migliori di prestazioni sanitarie senza ulteriori incremento dei costi, e alla sostenibilità ambientale delle scelte, sempre più con una maggiore capacità di riduzione dei rischi di fenomeni corruttivi e con un incremento della trasparenza e bontà della gestione, di cui l’efficacia e l’efficienza possono essere registrate soprattutto nell’ambito dell’opinione pubblica.

In questa direzione, si tratta quindi di dare applicazione, anche nell’azienda, al concetto di citizensourcing che consiste nel promuovere un lavoro costante e approfondito di consultazione, audizione e contraddittorio con le parti e i portatori di interesse. Ad ogni buon conto, può essere anche utile soprattutto il lavoro che viene ogni giorno svolto dall’ufficio relazioni col pubblico (URP). Si è, quindi, proceduto a rilevare quanto evidenziato, adeguando il piano sulla base delle stesse segnalazioni provenienti dall’interno e dall’esterno per una definitiva condivisione.

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare nel nuovo PIAO 2025-2027.

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

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

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

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

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

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

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

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

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

In ultima analisi, comunque, i dipendenti partecipano attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PIAO. Si prefigura quindi un sistema che coglie in modo quasi fotografico una variabile di breve periodo (la soddisfazione delle prestazioni sanitarie) ma che la proietta in un contesto più ampio (la costruzione di un sistema di relazione e dialogo), che rappresenta il modo vero per assicurare nel tempo il miglioramento della qualità stessa nella programmazione del **valore pubblico**.

2.3.3 Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio corruzione in cui lo stesso 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, come riportato nel PNA, si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

- L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.
- L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio, in modo da poter calibrare su di essi le misure più idonee a prevenirli.
- La fase di misurazione del rischio, infine, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:
 - le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
 - le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi devono tenere conto operativamente di indicatori di rischio (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione del processo o delle sue attività. In tale contesto, il PNA, nell'ambito dei vari

aggiornamenti annuali intervenuti, ha individuato le seguenti aree di attività rispetto alle quali ciascuna Azienda Sanitaria deve valutare il livello di esposizione al rischio:

1. aree generali:

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

2. aree specifiche:

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

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

2.3.4 Il trattamento del rischio

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

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

Pertanto, dalle valutazioni dei rischi effettuate negli anni precedenti e catalogate nell’Allegato “Catalogo dei rischi” al presente PIAO, come sintetizzato nel paragrafo precedente, si è proceduto a individuare le misure di trattamento del rischio dando continuità alle misure già previste.

In particolare, nell’Allegato “Misure di trattamento del rischio corruttivo” del presente documento, tra le misure di trattamento del rischio sono inserite le misure di prevenzione non ancora attuate o parzialmente attuate nel triennio 2022_2023_2024 e per le quali è stata ritenuta sussistente l’attualità della misura stessa.

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

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

- la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell’incarico;
- la successiva verifica entro un congruo arco temporale, da predefinire;
- il conferimento dell’incarico solo all’esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
- la pubblicazione contestuale dell’atto di conferimento dell’incarico, ai sensi dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell’art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

Il PNA, inoltre, raccomanda di prevedere nei Piani o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative le verifiche della sussistenza di eventuali cause di inconferibilità di cui all’art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all’art. 3 del d.lgs. 39/2013. Pertanto, tra le misure del presente Piano è stata introdotta una procedura di verifica campionaria del casellario giudiziale dei dipendenti oggetto degli incarichi di cui all’art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all’art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Il PNA raccomanda altresì di dare evidenza nel **PTPCT** del regolamento adottato ai sensi dell’art. 53, co. 3-bis, del d.lgs. 165/2001 e di effettuare una rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali valutando, nell’ambito dell’istruttoria relativa al rilascio dell’autorizzazione, la possibilità di svolgere incarichi anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un’opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente. In tal senso, l’AORN di Caserta ha già adottato (Delibera n.83 del 09/02/2022 modificato con Delibera n. 198 del

16/03/2022) “Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali” che prevede una specifica procedura autorizzativa delle attività extraistituzionali non ricadenti tra quelle in conflitto di interesse o vietate per legge.

Nel PNA, inoltre, si raccomanda alle amministrazioni di individuare all’interno del PTPCT una specifica procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi, potenziale o reale.

In proposito, nel corso del 2019 (Deliberazione n. 254/2019) l’A.O.R.N. Caserta ha adottato il “Regolamento aziendale sulla policy di gestione del conflitto d’interesse” dove trovano già un loro recepimento le indicazioni dell’ANAC.

Con riguardo alla rotazione c.d. straordinaria, invece, l’istituto è stato previsto nel PNA aggiornato dall’ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PIAO o in sede di autonoma regolamentazione cui il PIAO deve rinviare.

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

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

Il PNA aggiornato dall’ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, inoltre, raccomanda di inserire nei piani, misure volte a prevenire il fenomeno del cd. Pantoufage (art. 53 del D.Lgs. 165/2001 co. 16-ter, modificato dall’art. 1 co. 42 lett. I), della L. 190/2012). Pertanto, tra le misure di trattamento del rischio inserite nell’allegato al presente documento, è stata prevista la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall’incarico, con cui il dipendente, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, si impegna al rispetto del divieto di pantoufage (divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni,

di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri).

Infine, tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal PNA aggiornato dall’ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

L’incremento della formazione dei dipendenti, l’innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell’amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PIAO 2025 - 2027.

La formazione in argomento sarà strutturata su due livelli:

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

2.3.5 Obbligatorietà delle misure

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

La UOC “Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance” è individuata come soggetto responsabile affinché, nella redazione del PIAO 2025/2027, sia data certezza della presenza di obiettivi dirigenziali che ricalchino le misure di trattamento del rischio individuate.

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

2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l’attuazione e l’adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

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

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

Il monitoraggio di secondo livello dovrà essere attuato dal RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno, e consiste nel verificare l’osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PIAO da parte delle unità organizzative in cui si articola l’Azienda. Esso sarà realizzato sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all’interno del PIAO 2025-2027.

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

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

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

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

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

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

Nell’attuazione delle revisioni previste dal suddetto decreto, l’AO ha tenuto conto, altresì, delle indicazioni fornite dalle Linee guida emesse dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con

delibera n. 1310 del 28/12/2016, sulle principali e più significative modifiche intervenute, e con determinazione n. 1309 del 28/12/2016, in materia di accesso civico ed obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA (G.U.R.I. n. 7 del 10 gennaio 2017).

Nel corso del 2020, altresì, si è provveduto a recepire la Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019 recante “Integrazioni e modifiche della delibera 08/03/2017, n. 241 per l’applicazione dell’art. 14, commi 1-bis e 1-ter del D.Lgs. 14/03/2013 n. 33, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23/01/2019”, con la quale l’ANAC ha provveduto a formulare modifiche alla precedente delibera n.241/2017 con cui, nelle more della definizione del contenzioso dinanzi alla Consulta, risultavano sospesi alcuni degli obblighi di pubblicazione previsti dall’art.14 del D.Lgs.33/2013.

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

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

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

Con riguardo sia al 2023 che al 2024, gli obiettivi strategici ed operativi in materia di trasparenza sono stati strutturati con lo specifico scopo di assicurare l’alimentazione costante e continua dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente, oltre che la loro correttezza e completezza.

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

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

Gli obblighi di pubblicazione saranno attuati da tutte le strutture coinvolte e indicate nelle tabelle dell’allegato “Obblighi di trasparenza” del presente PIAO 2025/2027, con il coordinamento del Responsabile della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il monitoraggio e la vigilanza sull’attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al RPCT e all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provvede a:

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

- supportare l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), secondo le specifiche richieste ed ai fini dell’attività di verifica di sua competenza.

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

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

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

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

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le tipologie di incarichi istituiti sono:

- Incarico di organizzazione
- Incarico professionale.

Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane

ANALISI FATTORI QUALITATIVI/QUANTITATIVI - al 31/12/2024	
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	47,68
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	48,85
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO - dal 01/01/2024 al 31/12/2024	
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	2,07
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	0,7
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	89,07
INDICATORI - ANNO 2024	
% DI DIRIGENTI DONNE al 31/12/2024	49,01
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE al 31/12/2024	56,35
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DIRIGENTE al 31/12/2024	3.701,76
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTE al 31/12/2024	3.720,45
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE NON DIRIGENTE al 31/12/2024	1.955,25
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE al 31/12/2024	1.902,21
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO dal 01/01/2024 al 31/12/2024	62,08
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE dal 01/01/2024 al 31/12/2024	79,42

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

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

In ambito sanitario, la materia del lavoro agile è disciplinata dal C.C.N.L. relativo al personale Comparto Sanità triennio 2019-2021, sottoscritto in data 02.11.2022, e nelle disposizioni comuni del C.C.N.L. Funzioni Locali (art.11 e 12) in cui rientra la Dirigenza PTA.

Entrambi i contratti definiscono il lavoro agile quale una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle

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

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

Sono esclusi dal lavoro agile i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili e pone a carico dell'Azienda l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le OO. SS.

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

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

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

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

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

Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il

diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno, con le precisazioni che seguono.

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

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

L'Azienda previo confronto con le organizzazioni sindacali avrà cura, individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile,

Entrambi i CC.CC.NN.LL precisano che l'amministrazione avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Accordo individuale

In entrambi i Contratti Collettivi del Comparto e della Dirigenza PTA, l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori che siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale con contratto a tempo determinato o indeterminato.

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

Tale accordo conterrà i seguenti elementi essenziali:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;

- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- indicazione della fascia di contattabilità (cui all'art. 79 comma 1, lett. a) del CCNL Comparto e art 12 lett. e) del CCNL Dirigenza Funzioni Locali);
- i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.1.;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Il solo CCNL Comparto entra nel dettaglio della prestazione lavorativa in modalità agile

Specifico, infatti, che la stessa può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

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

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrono i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari di cui all'art. 51 (Permessi retribuiti

per motivi personali o familiari), i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 13 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 per la fascia di contattabilità.

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

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

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

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

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

Formazione al lavoro agile

Per ciò che concerne la formazione nel lavoro agile al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione, l'AORN

prevedrà specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

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

Lavoro da remoto

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

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

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

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

Fermo restando il confronto con le Organizzazioni sindacali, l'Azienda può adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo - con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio- nel caso di attività, previamente individuate dalle stesse

Aziende, ove è richiesto un presidio costante del processo e ove sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

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

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L’A.O., ha elaborato il nuovo Piano 2023-2025 che è stato definitivamente approvato dalla Regione Campania con della DGRC 406 del 31/07/2024, seguita dalla deliberazione del direttore generale n.900 del 06.08.2024, quale presa d’atto della stessa deliberazione di G.R. della Campania, che riporta nel prospetto che segue gli elementi fondamentali:

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 180/2023, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 148/2024

AZIENDA SANT’ANNA E SAN SEBASTIANO Caserta	di	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025
RUOLO SANITARIO		1.247	1.797	850	266	129	124	13
Dirigenti Medici		360	510	152	116	41	71	4
Dirigenti Sanitari non medici		30	50	25	5	2	3	
di cui dirigenti professionisti sanitario		-			1	1	-	-
di cui farmacisti		7			2	-	2	-
di cui altri sanitari non medici		23			2	1	1	-
Personale del comparto area sanitaria		857	1.232	375	145	86	80	9
di cui infermieri		724	850	155	106	62	36	8
di cui ostetriche		21	27	6	6	6	-	-
di cui tecnici sanitari		89	288	199	24	14	10	-
di cui altro comparto sanitario		23	37	14	9	4	4	1
RUOLO SOCIOSANITARIO		164	274	110	96	56	38	5
Personale del comparto area socio-sanitaria		164	274	110	96	56	35	5
di cui OSS		162	270	108	94	56	36	3
di cui assistenti sociali		2	4	2	2	-	-	2
RUOLO TECNICO		72	121	49	37	19	27	-
Dirigenti		1	18	17	5	4	1	-
Personale del comparto area tecnica		71	103	32	32	6	26	-
RUOLO PROFESSIONALE		12	18	2	-	-	-	-
Dirigenti		4	2	2	-	-	-	-
Personale del comparto area professionale		8	8	-	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO		87	225	141	35	18	17	-
Dirigenti		9	34	29	4	2	2	-
Personale del comparto area amministrativo		78	191	112	31	18	15	-
TOTALE		1.502	2.432	840	434	213	203	18

Con l’adozione del piano triennale dei fabbisogni del personale per il triennio 2023-2025, l’Azienda programma il proprio fabbisogno in modo da coniugare l’esigenza di garantire la regolare erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) consolidando l’idea di sistema sanitario pubblico universalistico con gli obiettivi di equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale e con i vincoli di finanza pubblica vigenti.

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

annuali del FSR stabiliti a livello regionale unitamente al perseguitamento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

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

Il PTFP viene definito in coerenza con i principi generali in materia di piano dei fabbisogni e con gli indirizzi regionali (DGRC 190/2023 e DGRC 148/2024) che costituiscono la cornice normativa di riferimento per le politiche di gestione delle risorse umane.

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

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

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

3.3.1 Piano Aziendale di Formazione

L’AORN ha elaborato l’allegato programma formativo aziendale per l’anno 2025 che si configura come strumento di pianificazione e monitoraggio delle attività formative. Tale documento viene redatto con l’obiettivo di consentire l’arricchimento delle conoscenze, delle abilità tecniche e delle capacità comunicative e relazionali di tutto il personale, oltreché consentire l’acquisizione dei crediti formativi

ECM per il personale avente l’obbligo. L’azienda, inoltre, tiene conto delle indicazioni emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed in particolare, di quelle contenute nella recente direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025. A riguardo, l’azienda ha programmato un evento informativo, da tenersi nei primi mesi dell’anno, di approfondimento delle tematiche affrontate dalla direttiva e delle conseguenti innovazioni previste, dal titolo “La formazione del personale tra obbligatorietà, necessità e responsabilità”.

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

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

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

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza

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

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

Si precisa che il monitoraggio costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare

tempestivamente le modifiche necessarie. Tale attività va svolta in modo continuativo per la verifica dell’attuazione e dell’idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

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

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

4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile

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

Tale monitoraggio si espleterà attraverso:

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

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

4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale

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

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

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

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

ALLEGATI

- **Direttiva 2025 – Atto di indirizzo del Direttore Generale**
- **Allegati alla sottosezione 2.2 - Performance**
 - Modelli delle Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;
 - Modelli delle Schede di valutazione individuale – Area Comparto;
- **Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza**
 - Catalogo rischi
 - Misure di trattamento del rischio;
 - Obblighi di trasparenza
- **Allegato alla sottosezione 3.3**
 - Programma formativo aziendale 2025

ALLEGATO

Direttiva 2025 – Atto di indirizzo del Direttore Generale



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

DIRETTIVA 2025

- ATTO DI INDIRIZZO DEL DIRETTORE GENERALE -

Premessa

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

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

In particolare, il medesimo è responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi, programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria, anche secondo quanto disposto dall’art.14 del D.Lgs. n.165/2001.

Chiaramente, le scelte di programmazione si fondano sul Piano Sanitario Nazionale, su quello Regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione nel rispetto dei vincoli normativi nazionali: la sostenibilità economica del SSR, che si realizza attraverso un utilizzo appropriato delle risorse, viene declinata a livello regionale fino alla singola Azienda, sviluppando, nei vari livelli di responsabilità, la capacità di rendicontare quanto viene erogato e rafforzando la regola generale della valutazione annuale del Direttore Generale basata sugli obiettivi assegnatigli dalla Giunta Regionale.

A tal proposito, **la presente Direttiva del Direttore Generale** è un documento programmatico che ha lo scopo di definire gli obiettivi annuali, oltre di natura strategica a carattere generale e di natura specifica a carattere strettamente sanitaria, nonché quelli propri delle strutture aziendalivolti al potenziamento e all’innovazione dell’offerta sanitaria. La direttiva individua le linee di sviluppo annuali, le azioni e le aree di intervento aziendali da attuarsi in sintonia con le linee di indirizzo strategiche della programmazione sanitaria regionale e, nel caso dell’AORN, nel rispetto del piano ospedaliero regionale. La direttiva identifica, in sostanza, i principali risultati da realizzare, in relazione anche agli indicatori stabiliti dalla documentazione di bilancio per centri di responsabilità e per progetti-obiettivi, e determina, in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi di miglioramento, eventualmente indicando progetti speciali e scadenze intermedie. Essa definisce altresì i meccanismi e gli strumenti di monitoraggio e valutazione. Il tutto viene dettagliatamente e meglio documentato nel piano della performance che sviluppa le indicazioni della direttiva.

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

A riguardo, nell'incontro del 10 gennaio 2025 con i direttori di dipartimento, i direttori delle UU.OO.CC. ed i responsabili delle UU.OO.SS.DD., appositamente convocato, il Direttore Generale ha tracciato le principali linee di attività del 2025 e descritto gli investimenti in corso e da realizzarsi nel corso dell'anno. È stata l'occasione per accogliere da parte dei direttori di dipartimento e dei presenti tutti ulteriori ed importanti suggerimenti per iniziative di carattere innovativo e su cui concentrare le attività assistenziali, quali opportunità di crescita dell'offerta sanitaria. Di tanto se ne è data evidenza con verbale condiviso e agli atti.

1. Il Contesto Normativo

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

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

23 dicembre 2009, n.191". Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissoriale n. 94 del 21 novembre 2019";

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

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

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

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

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

Riferimento territoriale: province di Caserta, Avellino, Benevento

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

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

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

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

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

Nell’ambito della Rete oncologica campana (ROC):

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

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

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

- eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo

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

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

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

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

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

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

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

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

3. La gestione dell'esercizio 2023 e del pre-consuntivo 2024

3.1 Il ritorno alla gestione ordinaria dopo l'emergenza pandemica

La gestione degli esercizi precedenti, com'è noto, sin dal 2020 è stata caratterizzata dall'evento straordinario della pandemia da Coronavirus (Covid-19) che, nelle sue ondate, ha continuato a stravolgere le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria soprattutto nelle aziende sanitarie pubbliche.

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

Nel corso dell'anno 2024 si è definitivamente ritornati alle ordinarie attività organizzative pre-pandemia, anche ripristinando progressivamente l'assetto dell'Ospedale, compatibilmente con gli importanti lavori di ammodernamento dell'azienda in corso, con l'attribuzione storica dei posti letto per Unità Operativa ed il ripristino della destinazione di origine, restituendo ordine ed efficientamento organizzativo alle funzioni clinico assistenziali.

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

Le linee guida della gestione sono riassunte nel P.I.A.O. (2024-2026) adottato dalla Direzione di questa AORN con deliberazione n. 85 del 31/1/2024, quale strumento di pianificazione e programmazione, predisposto nel rispetto del quadro dispositivo regionale con l'obiettivo del miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Il Piano è stato redatto, partendo dalla Direttiva del DG 2024, garantendo, tra l'altro, un soddisfacente andamento gestionale perseguiendo il continuo obiettivo del contenimento dei costi e, più precisamente: a) il rispetto della normativa e delle disposizioni in materia di adempimenti contabili e gestionali, ed in particolare il rispetto dei tempi di pagamento; b) un'attenta gestione del personale attraverso il reclutamento del personale come previsto dal PTFF adottato, la stabilizzazione del personale precario prevista dalla legge 234/2021 art. 1, comma 268, lett. b), l'eliminazione del ricorso al lavoro somministrato; c) tutti gli adempimenti e aggiornamenti in materia di Percorso Attuativo della Certificabilità.

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

4. La Programmazione per il 2025

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

1) Obiettivi di carattere generale:

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

2) Obiettivi specifici:

- a) *garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;*

- b) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramuraria;*
- c) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;*
- d) obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022;*

3) Obiettivi tematici:

- a) attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;*
- b) digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;*
- c) erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali.*

I suddetti obiettivi risultano, quindi, anche coerenti con il “Piano triennale di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191” il quale definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale secondo le direttive fondamentali di sviluppo e qualificazione, individuando al tempo stesso gli obiettivi che costantemente devono essere perseguiti:

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

4.1 Declinazione degli Obiettivi aziendali alle articolazioni aziendali

L'Azienda è tenuta a far propri e persegue gli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico assicurandone

annualmente il loro perseguitamento e, nell'arco temporale definito, il loro conseguimento mediante l'esercizio dell'autonomia imprenditoriale e l'utilizzo in modo efficiente di tutte le risorse aziendali. La Direzione aziendale si impegna a monitorare costantemente il grado di raggiungimento degli obiettivi, predisponendo appropriati strumenti di rendicontazione, e comunicando i risultati a tutti i portatori di interesse, coinvolti a vario titolo, nella gestione aziendale.

Il principale obiettivo da perseguiure nella prima parte dell'anno e in linea con la programmazione reginale è certamente il completamento del processo di implementazione ed attuazione del nuovo Atto Aziendale approvato dalla Regione Campania con DG n. 654/2023, già avviato ed, in gran parte, attuato nel corso del 2024.

Al riguardo la Direzione ha predisposto un cronoprogramma con indicazione di attività, azioni e tempistica che ha consentito e sta consentendo di poter attivare tutte le nuove strutture con la dotazione a ciascuna delle risorse umane e strumentali necessarie, nonché con l'attivazione di tutte le procedure di selezione dei vari responsabili delle stesse, laddove mancanti, e dei responsabili delle strutture semplici di afferenza di competenza dei direttori delle strutture complesse.

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

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

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

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

avvengano entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitoria pregressa inficia le performances dell'ITP. L'azzeramento della debitoria pregressa standardizzerà anche l'ITP.

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

Come esposto nella relazione allegata, con deliberazione n. 63 del 31/01/2022 è stato adottato il Manuale delle procedure e delle linee di attività del PAC Aziendale, successivamente aggiornato. Per tutto quanto sopra descritto, in un quadro di miglioramento continuo dell'attività amministrativo contabile, va quindi sottolineato che l'anno 2024 è stato incentrato anche sulla prosecuzione delle attività di Internal Auditing al fine, non solo, di consolidare e sostenere gli obiettivi raggiunti, ma, altresì, tendere alla manutenzione e aggiornamento costante delle procedure adottate in previsione del superamento dell'implementazione funzionale delle stesse. Tali attività sono proseguiti durante tutto l'anno e, su indicazione dei vari responsabili delle linee di attività del PAC, hanno condotto all'elaborazione delle schede definitive del PAC, come da ultimo, aggiornate rispetto alla data di avviamento a regime fissata con l'inizio del 2025.

Obiettivo del primo semestre 2025 è consolidare un sistema di gestione delle varie procedure previste e migliorare le attività di audit attivando un apposito gruppo di lavoro.

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

L'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione ai suoi bisogni, ai suoi valori a garanzia delle decisioni cliniche prese in suo favore. Solo seguendo questo modello e

programmando il sistema assistenziale intorno al paziente, la Regione Campania consoliderà percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e migliorerà gli *outcome* attesi in termini di qualità di vita e sopravvivenza, con ripercussioni per l'amministrazione in termini di appropriatezza di spesa ed equilibrio economico-finanziario.

In tale ottica deve muoversi anche l'azione sanitaria dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano che nei prossimi mesi dovrà, principalmente, concentrarsi sulle seguenti linee di attività:

- **Rispetto delle liste di attesa per codici di priorità**

Nel corso del 2024 sono stati conseguiti risultati discreti nel raggiungimento dell'obiettivo dell'abbattimento delle liste di attesa, soprattutto in ambito specialistico e della diagnostica, considerata l'incremento di alcune prestazioni esterne come la RMN.

Anche con particolare riferimento alle “Branche a visita” e alla Cardiologia, l'obiettivo del 2024 è stato parzialmente raggiunto per effetto del potenziamento delle sedute ambulatoriali. In alcuni casi sono stati raggiunti i volumi prestazionali del 2019, come prefissato dalla direzione.

Una particolare attenzione dovrà essere posta verso il contenimento dei tempi di attesa degli interventi in elezione (tumore mammella, colon, prostata).

Nel corso del 2025 ogni sforzo deve concentrarsi verso un ulteriore incremento di tali prestazioni.

- **Distribuzione diretta dei farmaci per il 1° ciclo terapeutico:**

Le strutture coinvolte dovranno implementare tutte le azioni necessarie per il rispetto delle previsioni normative e per l'attuazione di quanto disposto con la deliberazione n.1250 del 31.12.2024.

- **Adeguamento e potenziamento delle reti tempo-dipendenti**

Obiettivo aziendale sarà quello di proseguire nel percorso di riconfigurazione della Rete Ospedaliera dell'Emergenza/urgenza al fine di migliorare la qualità dell'assistenza nel rispetto dei tempi previsti per le procedure d'urgenza salvavita:

Rete IMA: Con il DCA n. 64/2018, l'AORN è stata inserita nella rete IMA della Regione Campania modificando la matrice dell'emergenza/urgenza regionale.

Per l'anno 2025 l'AORN deve continuare a potenziare la sua influenza ed il suo ruolo, grazie anche al potenziamento dell'UTIC (con il nuovo atto Aziendale è stata elevata a Unità Dipartimentale con 12 posti letto) e della nuova struttura complessa di Rianimazione Cardio-vascolare;

Rete ICTUS: Con DCA 63/2019, la Stroke Unit dell'AORN è stata riconosciuta come Stroke Unit di II Livello nell'ambito della rete per il trattamento dell'Ictus per la macro area Caserta. Dal 2022 è stata implementata l'attivata della Neuroradiologia Interventistica estendendola da h 6 ad h 12 grazie all'assunzione di 3 nuovi neuroradiologi e nel 2023 si è proceduto con il completamento dei lavori per la realizzazione del reparto di degenza della Stroke Unit che è stato attivato ed operativo ormai da molti mesi (precedentemente il paziente con ICTUS era assistito nell'U.O.C. di Neurologia.)

L'obiettivo 2025 è il consolidamento dell'attività di neuroradiologia interventistica ad H 24 realizzando così l'obiettivo regionale di un centro di un secondo livello per l'ICTUS presso la nostra AORN che consenta la presa in carico globale del paziente con ictus ischemico o emorragico, consentendogli il trattamento sia medico che interventistico/chirurgico, nonché ischemico che emorragico;

Rete Gastroenterologica: Nel DCA 103/2018 “ Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera – Regione Campania” basato su un sistema nodale Hub & Spoke definito, si applica anche per la Rete per le emergenze gastroenterologiche (Rete REGA e del PDTA delle Emorragie Digestive Superiori).

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO” è stata individuata come nodo centrale (HUB) ed è stata istituita la UOS sede del Bleeding center per le emergenze gastroenterologiche.

Gli indicatori di Rete sono:

FONTE DEL DATO	TIPOLOGIA INDICATORE	INDICATORE
HUB		RIFERIMENTO: TRASFERIMENTI DA ALTRA AZIENDA SANITARIA e ACCESSO 118
	performance	n. trasferimenti in ambito REGA con dettaglio nn. “di Rete” - “particolari” - “eccezionali” - “straordinari”
	processo	n. trasferimenti organizzativamente inappropriati con dettaglio nn. “da una Struttura non afferente” - “cross-SPOKE” n. accessi 118 non conformi alle disposizioni di Rete
	proxy	n. trasferimenti clinicamente inappropriati con dettaglio nn. “tardivi o overtime” - “con informazioni e/o documentazione clinica incompleta” - “con imprecisa o carente preventiva comunicazione”
	esito	tasso di complicanze tasso CFR
	scientifici	da includere nella SCHEDA DI RILEVAZIONE FENOMENOLOGICA

- **Rete Oncologica:**

Con DCA n. 98 del 20/09/2016 la Regione Campania ha istituito la Rete Oncologica Campana (ROC) ed ha individuato Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO” Caserta come Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico (CORP) che opera attraverso i Gruppi oncologici multidisciplinari (GOM) per una gestione integrata per l'effettuazione dei Percorsi diagnostici - terapeutici - assistenziali (PDTA) in caso di neoplasie alla mammella, all'apparato colon-retto-gastrico, alla cervice uterina, al pancreas, e in caso di melanoma.

L'obiettivo 2025 prevede l'implementazione di nuovi Percorsi Ambulatoriali Coordinati e Complessi e DH e l'attivazione di un CUP dedicato attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 14,00, al fine di consentirne una maggiore offerta assistenziale in linea con gli indirizzi regionali.

Inoltre, si prevede l'ampliamento dell'offerta chirurgica in ambito oncologico. In materia, dal mese di aprile 2024 sono attive le convenzioni con l'AOU Federico II per la specialità Epato-bilio-pancreatica e con l'AOU Vanvitelli per la Chirurgia Toracica al fine di potenziare e completare le professionalità per la gestione dei GOM delle neoplasie del fegato e del polmone. A tale scopo, per consentire l'incremento degli interventi, migliorando e completando le professionalità interne, dovrà essere attuato un apposito programma di potenziamento della dotazione di risorse umane dedicate.

- **Riduzione dei tempi di degenza media:**

l'azione dovrà riguardare principalmente quelle strutture che recentemente hanno fatto registrare dei valori della degenza media superiori a quelli medi riscontrati dai dati di benchmark. I responsabili di queste strutture dovranno adottare ogni azione utile per consentire il raggiungimento di valori dell'indicatore in linea con quelli medi.

- **Fruizione delle ferie**

I direttori/responsabili delle varie strutture aziendali che presentano ancora delle criticità, dovranno predisporre idonei programmi per lo smaltimento delle ferie arretrate, mirando all'obiettivo minimo dell'azzeramento delle ferie relative agli anni precedenti.

- **Proseguimento implementazione FSE**

Le strutture interessate dovranno proseguire nel percorso di implementazione delle attività necessarie per la corretta alimentazione della piattaforma dedicata, con particolare attenzione a quelle poche che presentano ancora risultati insufficienti le quali dovranno ulteriormente migliorare i dati di attuazione di questo importante obiettivo regionale.

- **Screening oncologici**

Le strutture interessate dovranno attivare tutte le iniziative idonee a poter eseguire anche presso quest'azienda gli screening oncologici relativi alla mammella, alla cervice uterina ed al colon retto, in attuazione di quanto disposto con la DGRC n.720 del 12/12/2024;

- **Obiettivo NSG H18C - Parti cesari**

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

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

Compito 2025 del direttore del dipartimento dovrà essere quello di realizzare quanto previsto dalla programmazione regionale; il monitoraggio e le disposizioni necessarie restano in capo alla direzione sanitaria aziendale;

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

L'obiettivo degli NSG fissa al 60% la percentuale minima di pazienti over 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

Per il raggiungimento dell'obiettivo il direttore dell'Unità Operativa dovrà attuare tutte le azioni necessarie per il raggiungimento del target fissato per questo indicatore, anche proponendo soluzioni migliorative e sostenibili dell'organizzazione aziendale e della UOC.

Il direttore del dipartimento dovrà monitorare e coordinare tutte le azioni intraprese al fine di realizzare quanto previsto dalla programmazione regionale; il monitoraggio e le disposizioni necessarie restano in capo alla direzione sanitaria aziendale;

- **Implementare azioni di promozione dell'equità in Azienda.**

Anche al fine di attuare, in via preliminare, quanto previsto dalla legge di bilancio 2025, proseguendo ed incrementando le attività già avviate negli anni precedenti, gli obiettivi aziendali da realizzare e confermare nell'anno in tale ambito dovranno essere:

a) Umanizzazione degli spazi di cura e revisione della segnaletica per migliorare l'accesso ai servizi;

b) Promozione del benessere dei lavoratori con l'obiettivo di incrementare un clima di collaborazione e resilienza per contrastare lo stress lavoro-correlato (PNP 2020) rinnovando l'offerta formativa rivolta agli operatori nel 2022 con i percorsi formativi che riguardano la gestione dello stress e delle situazioni conflittuali, la gestione del tempo, gli stili di vita;

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

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

Nell'ambito delle iniziative tese al miglioramento dell'offerta dei servizi verso l'utenza, va, prima di tutto, citato l'ambizioso programma pluriennale, in piena fase di sviluppo, per l'evoluzione e l'ammodernamento della logistica ospedaliera e del parco di attrezzature tecnologiche in dotazione alle varie articolazioni aziendali. Per i dettagli, si vedano i paragrafi dedicati riportati in seguito.

Inoltre, l'azienda ha avviato un ampio programma di ammodernamento di tutta la segnaletica aziendale che è in continua evoluzione anche per adeguarsi ai continui cambiamenti dell'assetto logistico in atto in relazione agli importanti lavori in corso.

- **Potenziamento delle Sale Operatorie con avvio operatività nel nuovo blocco:** sono in piena fase di completamento i lavori per la realizzazione del nuovo blocco operatorio (8 sale di cui una ibrida ed una attrezzata per la chirurgia robotica), la cui conclusione è prevista entro la metà del 2025. Conseguentemente, tutte le UU.OO. coinvolte dovranno attivarsi per la riorganizzazione delle attività durante la seconda metà del 2025 per consentire l'entrata a regime delle nuove sale nei tempi più ridotti possibili.
- **Potenziamento Attività Diagnostica e di Laboratorio:** nel corso dell'anno dovranno essere perfezionate le autorizzazioni per l'attivazione del II angiografo neurovascolare e per la II RMN. Inoltre, completata l'attivazione del CORELAB alla fine del 2024, col completamento dell'edificio del nuovo blocco operatorio, si dovrà dare seguito al trasferimento di tutti i laboratori al piano inferiore dello stabile, in attuazione del programma approvato.

4.2 Indirizzi per la formazione

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

In tal senso, l'azienda, mediante le attività dell'apposito comitato tecnico-scientifico, ha definito un articolato programma formativo per l'anno 2025, che sarà allegato al PIAO 2025-2027, articolato secondo alcune linee di azione principali, tra cui si possono individuare l'effettuazione di corsi sull'equità e sulla performance anche in attuazione della recente direttiva emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, oltre a corsi su svariati ambiti tematici afferenti alle varie specialità.

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

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

- Garantire i presupposti organizzativi per l’attuazione e il monitoraggio del programma della trasparenza;
- Garantire la pubblicazione dei dati a garanzia della trasparenza amministrativa;
- Garantire le iniziative in tema di prevenzione della corruzione.

Gli indirizzi e le prescrizioni in materia andranno riportate, come da normative, all’interno del P.I.A.O. 2025-2027.

4.4 La Programmazione in ottica Dipartimentale

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

Come indirizzo di natura generale, l’obiettivo che si intende perseguire attraverso la realizzazione dell’organizzazione dipartimentale per l’anno 2025 è la completa attuazione del nuovo assetto dipartimentale previsto dal nuovo atto aziendale approvato dalla Regione con DGRC 654/2023 secondo quanto previsto dal vigente regolamento per il funzionamento dei dipartimenti.

Per il corretto funzionamento del sistema dipartimentale, come emerso anche dalle riunioni dipartimentali, è necessario, prima di tutto, perseguire:

- la ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione strategica e direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- l'ottimizzazione dell'accesso del paziente alle cure e la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati e condivisi strutturati anche attraverso l'elaborazione di PTDA;
- il miglioramento dei tempi di degenza;
- continuare a perseguire la riorganizzazione logistico funzionale e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie;
- potenziare l'offerta assistenziale implementando nuove prestazioni o potenziando quelle già esistenti;
- miglioramento degli indicatori di performance sia assistenziali che organizzativi
- FSE;
- potenziamento Specialistica ambulatoriale.

4.5 Monitoraggio periodico

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

5 Conclusioni

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

Per il 2025 l'Azienda in ottica gestionale continuerà a perseguire gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale; proseguirà nell'attuazione dei molteplici interventi di investimento sia di edilizia sanitaria, che in materia di PNRR (varie linee di intervento) con il fine ultimo di migliorare e potenziare l'offerta sanitaria, ampliando l'offerta di servizi sanitari di eccellenza.

In tale contesto la direttiva rappresenta solo una sintesi delle attività intraprese e da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi di carattere generale e specifici assegnati.

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

GAETANO GUBITOSA
29.01.2025 14:08:51
GMT+02:00

ALLEGATO alla sottosezione 2.2 - Performance

Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Monitora la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali.	1	2	3	4	5
5.3 Garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico.	1	2	3	4	5
5.4 Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno del dipartimento. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
5.5 Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5

6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D. ed il comparto afferenti al proprio dipartimento tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore di Dipartimento) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5
6.4 Verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di afferenza al dipartimento e risponde dei risultati complessivi in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Monitora la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali.	1	2	3	4	5
5.3 Garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico.	1	2	3	4	5
5.4 Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno del dipartimento. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
5.5 Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5

6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D. ed il comparto afferenti al proprio dipartimento tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore di Dipartimento) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5
6.4 Verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di afferenza al dipartimento e risponde dei risultati complessivi in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE _____ / 100

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma_____	Data e firma_____

Scheda di valutazione individuale
Area Dirigenza PTA
DIRIGENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrono ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno della U.O.. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali. Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5

6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

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

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

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

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

ALLEGATO alla sottosezione 2.2 - Performance

- Schede di valutazione individuale – Area Comparto**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	<hr style="border: 0.5px solid black; width: 100px; margin: 0;"/> / 60
-------------------------	---

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

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

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

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

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

<p>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL’UNITÀ OPERATIVA Indica la partecipazione attiva ai processi aziendali in termini di efficacia e di efficienza ed il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell’unità operativa cui il dipendente è assegnato.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia e di responsabilità nell’elaborazione di atti preliminari e istruttori relativi a provvedimenti di competenza dell’unità operativa cui il dipendente è assegnato.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>3. PIANIFICAZIONE Indica la capacità di predisporre il piano di lavoro in modo ottimale, di analizzare criticamente la propria realtà e di pianificare momenti di controllo e verifica al fine di evidenziare le situazioni migliorabili o critiche riducendo al minimo eventuali disservizi. Identifica, altresì, la capacità di progettare modelli innovativi per semplificare le procedure e di individuare le priorità.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>5. CAPACITÀ GESTIONALI Indica la capacità di motivare gli operatori valorizzandone le capacità umane e professionali per un efficace conseguimento dei risultati e la tendenza a risolvere i conflitti con imparzialità nell’ambito dell’attività di coordinamento e di gestione.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disponibile allo scambio costruttivo delle esperienze e delle competenze professionali ed è in grado di rivedere i propri comportamenti sulla base delle esigenze e delle dinamiche aziendali.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL’UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		

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

PUNTEGGIO FINALE	<hr style="display: inline-block; width: 100px;"/> / 60
-------------------------	--

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

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

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

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

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

<p>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL’UNITÀ OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell’unità operativa cui il dipendente è assegnato.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>5. ACCURATEZZA E PRECISIONE Indica l’accuratezza, la precisione e la tempestività nello svolgimento delle attività assegnate e la capacità di riferire gli esiti del proprio lavoro in modo puntuale e corretto ai propri superiori.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con il team di lavoro nell’ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell’unità operativa.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL’UTENZA Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
<p>8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; padding: 2px;">1</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">2</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">3</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">4</td><td style="width: 20px; padding: 2px;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza

- Catalogo rischi

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
1) Acquisizione e progressione del personale			Svolgimento e valutazione prove	Commissione di valutazione	11) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Definire l'oggetto delle prove al fine di favorire un candidato piuttosto che un altro. Discrezionalità della commissione.	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Dlgs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Dlgs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. ☐	
			Comunicazione e pubblicazione dei risultati	UOC Gestione Risorse Umane	12) Opacità della pubblicazione dei risultati	Assenza di previsioni specifiche di tempi e modalità di pubblicazione che lasciano la possibilità di pubblicare in modo da non rendere facilmente rintracciabile l'informazione	Medio	Medio	1) Norme di legge	
	Programmazione	Definizione del fabbisogno		Direzione Strategica UOC Gestione Risorse Umane	1) Alterazione fabbisogno di personale (profili) 13) Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire. 14) Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.	1 e 2) Assenti i presupposti programmati e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative	Medio	Medio	1) Norme di legge	
	Progettazione del concorso/avviso pubblico	Definizione dei profili dei candidati			15) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante.	Assenza o inadeguata job description	Medio	Medio	1) Norme di legge	
		Definizione e costituzione della commissione giudicatrice			16) Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante	Discrezionalità della Commissione	Medio	Medio	1)Sorteggio dei componenti della commissione di concorso. 2) Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità dei commissari esterni ed interni. 3) Codice di comportamento 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Dlgs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Dlgs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
2) Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica	Selezione	Valutazione dei candidati	Commissione di valutazione	17) Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante	Discrezionalità della commissione nella valutazione	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Dlgs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Dlgs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	1. Regolamento aziendale per il reclutamento del personale dirigente per selezione pubblica	
		Svolgimento e valutazione prove	Commissione di valutazione	18) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Definire l'oggetto delle prove al fine di favorire un candidato piuttosto che un altro. Discrezionalità della commissione.	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Dlgs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Dlgs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. ☐		
		Comunicazione e pubblicazione dei risultati	UOC Gestione Risorse Umane	19) Opacità della pubblicazione dei risultati	Assenza di previsioni specifiche di tempi e modalità di pubblicazione che lasciano la possibilità di pubblicare in modo da non rendere facilmente rintracciabile l'informazione	Medio	Medio	1) Norme di legge		
3) Progressioni di carriera			UOC Gestione Risorse Umane	20) Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	Scarsa trasparenza del procedimento	Basso	Basso	1) Norme di legge e norme negoziali (C.C.N.L, C.C.I.A) 2) Procedure aziendali.		
4) Istituti incentivanti trattamento economico accessorio	1. Valutazione performance individuale 2. Calcolo del premio/retribuzione di risultato		UOC Gestione Risorse Umane	21) Arbitraria assegnazione della retribuzione di risultato	Inadeguata attuazione del SMV Discrezionalità nella valutazione	Basso	Basso	Sistema di misurazione e valutazione delle performance Codice di comportamento		

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
2) Conferimento di incarichi di collaborazione	1) Assegnazione incarichi di consulenza secondo il 15 septies Dlgs 502/92 e successive modifiche			U.O.C. G.R.U.	1) Utilizzo strumentale dell'art. 15 -septies del Dlgs 502/92 al fine di conferire un incarico dirigenziale per interessi privati e/o corrutti 2) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione 3) Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi	Discrezionalità	Medio	Medio	1) Norme di legge 2) Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali - art.13 (del n. 105 del 2017)	Aggiornamento del Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali
	Selezione pubblica per il conferimento di incarichi attivati su progetti autorizzati.			U.O.C. G.R.U. U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA U.O.C. TECNOLOGIA OSPEDALIERA	4) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione 5) Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi	Vedi processo 1	Medio	Basso	1) Norme di legge nazionale e regionale. 2) Regolamenti aziendali (in particolare nel 2019 è stato approvato un apposito Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interesse)	
	Selezione e incarichi di consulenza legale.			Direzione generale: selezione dei consulenti tramite short list U.O.C. AA.GG. E LEGALE: rilevazione del fabbisogno;	6) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione 7) Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi 8) Motivazioni generiche e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Discrezionalità	Medio	Medio	Costituzione dell'Avvocatura interna Attivazione dell'assicurazione per risarcimento dei danni che riduce il ricorso ad avvocati esterni Regolamento che disciplina l'accesso alla short list	
	Selezione e incarichi di consulenza tecnica			U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA	9) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione, in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi ovvero motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Discrezionalità	Medio	Basso	Con Deliberazione del Commissario Straordinario N. 290 del 11/12/2019 è stato approvato il Regolamento Aziendale per l'affidamento di incarichi di consulenza tecnica	
2) Incarichi e nomine	3) Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001			DIRETTORI UU.OO.CC. DIREZIONE SANITARIA U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	10) Abuso nell'adozione di provvedimenti di autorizzazione di incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001 al fine di favorire particolari soggetti. 11) Esercizio non autorizzato di attività extra-istituzionale o in violazione della disciplina che detta modalità e limiti all'esercizio medesimo.	Carenza di controlli Mancanza di responsabilizzazione Conflitto di interessi	Medio	Basso	Nel 2019 è stato approvato un apposito Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interesse e si è provveduto con l'aggiornamento del regolamento dei procedimenti disciplinari. È stata inoltre prevista la costituzione di un nucleo di verifica interno per il controllo delle attività extraistituzionali svolte dal personale	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
4) Procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali	Proposta di incarico			DIRETTORE GENERALE - COMITATO DI DIPARTIMENTO - DIRETTORE DI DIPARTIMENTO - DIRETTORE DELLE STRUTTURE COMPLESSE	12) Accordi e/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente	Mancanza di procedura e criteri definiti Inadeguato utilizzo dei sistemi di valutazione performance individuale Mancanza di trasparenza nelle procedure di nomina	Medio	Medio	Atto aziendale - Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali (del n. 105 del 2017)	Aggiornamento del Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali
				DIRETTORE GENERALE	13) Accordi e/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente 16) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione	Mancanza di procedura e criteri definiti Inadeguato utilizzo dei sistemi di valutazione performance individuale Mancanza di trasparenza nelle procedure di nomina	Medio	Medio	Atto aziendale - Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali (del n. 105 del 2017)	
	Revoca degli incarichi dirigenziali			DIRETTORE GENERALE - COLLEGIO TECNICO	14) Utilizzo distorto dello strumento di revoca a fini ricattatori/pressioni per finalità corruttive/personali 15) Mancata rilevazione/omissione di inadempienze al fine di evitare la revoca dell'incarico, per finalità corruttive/personali	Mancanza di un adeguato e trasparente sistema di attribuzione degli obiettivi e valutazione degli stessi Discrezionalità del sistema di valutazione dirigenziale	Medio	Medio	Atto aziendale - Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali (del n. 105 del 2017)	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Eventi rischiosi	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
Rischi per la gestione degli appalti	Programmazione	Rilevazione dei fabbisogni (Rilevare annualmente e in corso d'anno le esigenze di beni/servizi/lavori, non solo quantitativamente ma in merito alle specifiche tecniche, alle caratteristiche funzionali del bene/servizio)			1) Frazionamento delle forniture 2) Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (Attivazione di procedure una tantum)	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno. Non corretta valutazione e identificazione del prodotto/servizio richiesto. Non corretta valutazione e identificazione dell'equivalenza di un prodotto/servizio; Mancanza di correlazione con gli obiettivi strategici e di budget.	Medio	Basso	Nel corso del 2019 si è provveduto ad integrare il regolamento aziendale per l'acquisizione dei beni e servizi con una sezione appositamente dedicata ai beni infungibili ed esclusivi disciplinando, in particolare, la fase di attivazione e richiesta del bene da parte del reparto. Con il medesimo regolamento è stato inoltre recepito l'obbligo di redigere il programma biennale per l'acquisizione dei beni e dei servizi (art. 21 comma 1 D.Lgs. 50/2016) imponendo quindi una programmazione degli acquisti. Per l'acquisto di beni e servizi di valore sotto soglia comunitaria ricorso al MEPA. Piano triennale dei lavori. Piano di rinnovo apparecchi elettromedicali Informatizzazione della procedura di intervento tecnico: la richiesta di intervento a guasto è attivata tramite AREAS; tentativo di programmazione degli interventi di manutenzione e a guasto per l'approvvigionamento del materiale. Informatizzazione del magazzino. Internalizzazione degli interventi di piccola manutenzione e interventi a guasto, con costituzione di gruppo di operai interni, eliminando l'affidamento a ditte esterne.	
		Definizione del fabbisogno Verificare la congruenza del fabbisogno rilevato con gli obiettivi strategici e il budget assegnato			3) Frazionamento delle forniture 4) Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (Attivazione di procedure una tantum)	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno. Mancanza di correlazione con gli obiettivi strategici e di budget.	Medio	Basso		
		Programmazione degli acquisti			5) Utilizzo distorto della proroga al fine di favorire un fornitore	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno Mancanza di attivazione nei tempi (almeno 6 mesi prima di regola) della nuova procedura sui contratti in scadenza	Medio	Medio	La calendarizzazione delle forniture; Il ricorso alle proroghe è preceduto dall'indizione della nuova procedura di gara Il caricamento dei contratti è realizzato in maniera centralizzata dall'ufficio provveditorato sul software gestionale	1. Integrare il software informativo aziendale inserendo un alert sui contratti in scadenza almeno quattro mesi prima: Informatizzazione di processi e flussi informativi aziendali a supporto di altre UUOCC
	Progettazione della gara	Nomina del Rup			6) Omessa rilevazione o segnalazione di incompatibilità e inconferibilità; 7) Mancanza di requisiti previsti dal codice appalti	Carenza di organico che determina anche l'impossibilità di garantire la separatezza delle funzioni Esterernalizzare le funzioni ha un costo eccessivo	Alto	Alto	Il ruolo del RUP è ricoperto dal direttore del servizio UOC	1. Integrazione Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UOC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (nomina DEC, vigilanza, ...)
		Definizione della strategia di gara (tipo di gara, base d'asta, criteri di partecipazione, criterio di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio)			8) Fughe di notizie 9) Clausole e requisiti di partecipazione che limitano la concorrenza 10) Artificiosa determinazione dell'importo a base d'asta per eludere le norme sulle procedure da porre in essere 11) Accordi collusivi con le imprese	Mancanza/carenza di competenze specifiche; mancanza di indicazioni e procedure per la definizione della strategia Mancata condivisione delle informazioni tecniche e/o scarsa sinergia tra gli stakeholder coinvolti	Medio	Medio	Redazione della progettazione di appalti di servizio Condivisione delle modalità di realizzazione delle forniture di beni e servizi (tavoli tecnici per la redazione delle specifiche tecniche e funzionali di prodotti non standardizzati) Valutazione tramite metodologia di HTA Attività di supporto al RUP nella predisposizione dei capitoli Obbligo di motivazione del tipo di procedura prescelta Utilizzo di modelli e documenti standard per la redazione degli atti di gara	1. Attività di formazione su normativa codice degli appalti
		Predisposizione degli atti di gara ed elaborati tecnici			12) Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquisire per favorire un soggetto predeterminato	Mancata programmazione nonché mancata attivazione di tavoli tecnici per la condivisione degli atti di gara Assenza di verifica della corretta identificazione delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi Assenza di verifica della corretta valutazione degli importi a base d'asta	Medio	Medio	Condivisione delle modalità di realizzazione delle forniture di beni e servizi (tavoli tecnici per la redazione delle specifiche tecniche e funzionali di prodotti non standardizzati) Valutazione tramite metodologia di HTA Attività di supporto al RUP nella predisposizione dei capitoli previsione di penali e cause di risoluzione del contratto	
		Nomina della Commissione giudicatrice			13) Nomina dei commissari in conflitto di interessi o privi di necessari requisiti	Mancata acquisizione e verifica delle dichiarazioni e relative cause di inconferibilità e incompatibilità;	Basso	Basso	Nel 2019 è stato approvato un apposito Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interesse	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Eventi rischiosi	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
3) Contratti pubblici	1) Approvvigionamenti	Selezione del contraente	Valutazione offerte	UOC Provveditorato ed economico; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	14) Applicazione distorta dei criteri di valutazione 15) Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante OEV 16) Mancata definizione dei criteri motivazionali per l'attribuzione dei punteggi in caso di OEV 17) Applicazione distorta e non congrua nella attribuzione dei punteggi per specifiche tecnico funzionali che individuano un unico operatore economico	Mancato utilizzo di criteri oggettivi nella redazione di parametri e criteri valutativi	Medio	Medio	Aggregazione (finalizzata a dare un analogo criterio di valutazione) delle forniture secondo criteri oggettivi di macro famiglie - macro lotti in cui raggruppare prodotti seppur con caratteristiche tecniche diverse ma omogenei dal punto di vista della funzionalità (diagnostica, terapeutica, tecnica, chirurgica)	1. Integrazione Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UOC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (nomina DEC, vigilanza, ...)
			Custodia documentazione di gara		18) Alterazione o sottrazione documentazione di gara	Scarso livello di sicurezza degli ambienti e dei locali	Basso	Basso	Dotazione di armadi blindati per la custodia delle offerte Dotazione di armadi debitamente chiusi a chiave dove custodire la documentazione di gara (documentazione amministrativa)	
			Verifica dell'anomalia dell'offerta		19) Mancanza di valutazione o valutazione alterata dell'offerta anomala	mancanza o carenza di competenze specifiche a seconda della categoria merceologica	Medio	Medio	Coinvolgimento di professionalità interne ed esterne specifiche a supporto delle valutazioni di congruità	<u>1. Attività di formazione su normativa codice degli appalti</u>
		Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Verifica dei requisiti per la stipula del contratto		20) Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche	carenze organizzative	Medio	Medio	Registrazione presso siti istituzionali per la verifica dei requisiti di ordine morale, professionale, capacità economico finanziarie e tecnico professionali	
			comunicazione ex lege		21) Mancato rispetto dei termini previsti dalla normativa di settore	carenze organizzative	Basso	Basso	Centralizzazione ufficio di segreteria per tutte le comunicazioni dettate da disposizioni di legge	
	2) Gestione contratti	stipula del contratto	modifiche del contratto		22) Mancato inserimento di tutte le clausole capitolari che disciplinano l'esecuzione del contratto 23) Modifica in sede di stipula delle condizioni previste dal capitolato tecnico e speciale 24) Mancata previsione della progettazione offerta	mancata conoscenza o acquisizione di tutta la documentazione di gara	Medio	Medio	Istituzione di un ufficio centralizzato per la stipula dei contratti con nomina dell'ufficiale erogante incardinato presso l'UOC	
			Subappalto		25) Alterazioni nell'oggetto dell'appalto 26) Aggravio di costi per l'azienda 27) Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza	Mancata o non corretta definizione dell'oggetto dell'appalto	Medio	Medio	Pubblicazione dei provvedimenti che autorizzano modifiche contrattuali nei limiti previsti dalla normativa di settore Controllo e verifica da parte dell'ufficiale erogante della corrispondenza tra offerta tecnica ed economica inseriti nel contratto rispetto agli atti di gara	
					28) Mancata verifica requisiti subappaltatore	Mancata attivazione dei controlli mediante consultazione delle banche dati e/o di organi ed enti preposti al rilascio di attestazioni/certificazioni	Medio	Medio	Centralizzazione presso l'UOC delle verifiche e controlli in capo a personale dedicato	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Eventi rischiosi	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
		Esecuzione e rendicontazione	varianti		29) Eccessivo ricorso alle varianti	Mancata/errata progettazione nella determinazione dell'oggetto d'appalto	Medio	Medio	Previsione di apposita progettazione interna o esterna prima dell'attivazione dell'appalto Validazione della progettazione nei casi previsti dalla legge	1. Integrazione Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UOC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (nomina DEC, vigilanza, ...)
			SAL		30) Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma 31) Pagamenti ingiustificati	Non corretta gestione dell'esecuzione del contratto	Medio	Medio	Previsione di commissioni di supporto al DEC. Controllo su applicazione penali per ritardi. Attività di verifica esecutiva/amministrativa dei contratti di fornitura beni, servizi e lavori, a cura del N.O.C.	
2) Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara	Segue il processo dei contratti pubblici	Segue il processo dei contratti pubblici	UOC Provveditorato ed economato		32) Bypassare la selezione pubblica attraverso assunzioni per il tramite di agenzie di somministrazione di lavoro 33) Iscrizione alla società somministratrice di persone che si vuole favorire nell'assunzione presso l'AO	Il blocco delle assunzioni e il fabbisogno di alcune professionalità (quali ad esempio il personale infermieristico) ha spinto l'AO a trovare nelle gare per somministrazione di lavoro una soluzione perseguitabile. Tuttavia tale soluzione si presta anche a scopi corruttori e di mala amministrazione; inoltre occorre evidenziare che sul personale prestato all'AO non si possono applicare le leve di gestione del personale (assegnazione e valutazione obiettivi; premiali; etc.) che consentono ad un'azienda di perseguire i propri obiettivi.	Medio	Medio	Programmazione dei concorsi per ridurre gradualmente il ricorso ai lavoratori somministrati	
3) Convenzioni	Convenzioni con enti non profit		UOC Affari generali	34) Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società	Mancanza di trasparenza	Medio	Basso			
	Convenzioni con altre PA relativa all'attività intramoenia: fruizione di medici specialisti (passiva) di altre PA o invio di medici specialisti (Attiva) ad altre PA		UOS ALPI	35) Convenzioni passive: Attivare la convenzione in situazioni di urgenza o in tempi tali da favorire la richiesta di un medico determinato ex ante 36) Convenzioni attive: inviare personale già determinato	Assenza di una regolamentazione chiara in tale direzione (potrebbe rallentare l'attività) Mancanza o carenza di programmazione del fabbisogno di personale adeguata Mancanza di trasparenza	Medio	Medio	Con Delibera n. 386/2018 è stato approvato un apposito regolamento per disciplinare la stipula delle Convenzioni. Nel corso del 2018 è stato inoltre elevato il livello di trasparenza in merito pubblicando la data di inizio dei vari rapporti convenzionali (dato storico)		
	Convenzioni con Università, Enti di ricerca e altre AAO	1) ricezione bozza di convenzione 2) attivazione procedura	UOC Affari generali	37) Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società	Mancanza di trasparenza	Medio	Medio			

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
	1) Utilizzo dei beni e risorse aziendali		DIREZIONE STRATEGICA TUTTE LE STRUTTURE TUTTI I DIRIGENTI TUTTI I DIPENDENTI	1) Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali.	Carenza di controlli	Medio	Medio	Codice di comportamento Internet: inserimento firewall che blocca alcuni siti Linee telefoniche: blocchi e limitazioni applicate	
	2) Richieste rimborsi spese	1. Presentazione richiesta di rimborso 2. Verifica sulla documentazione comprovante la spesa 3. Liquidazione somme da rimborsare	DIREZIONE STRATEGICA TUTTE LE STRUTTURE TUTTI I DIRIGENTI TUTTI I DIPENDENTI	2) Falsificazione documentazione comprovante la spesa. 3) Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio.	Mancanza di piena consapevolezza di responsabilità Conflitto di interessi	Medio	Medio	Codice di comportamento Regolamento policy conflitto di interessi per evitare mancanza di controlli	
	3) Attribuzione budget	1. Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di responsabilità 2. Elaborazione schede di budget e schede obiettivi 3. Assegnazione obiettivi per Centri di responsabilità 4. Negoziazione degli obiettivi 5. Approvazione del budget aziendale e assegnazione ai Centri di responsabilità	DIREZIONE STRATEGICA U.O.C. SIA Comitato di Budget	4) Alterazione dei dati volta a favorire una struttura nell'assegnazione del budget	Mancanza di considerazione degli obiettivi di performance nell'assegnazione del budget	Medio	Medio	Regolamento di budget (istituzione del Comitato di Budget, regolamento e procedure di negoziazione) - Delibera 450 dell' 11/12/2015. Tracciabilità dell'elaborazione dei dati propedeutici all'assegnazione. OIV	
	4) Transazioni		U.O.C Affari Legali U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	5) Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Nel 2019 è stato adottato un Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interessi	
	5) Liquidazione attività intramoenia	1. Controllo ai fini della liquidazione dell'ALPI 2. Liquidazione compensi	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE AMM/VA U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	6) Favorire nell'ordine di pagamento un professionista 7) Indebita percezione di emolumenti economici	Assenza di trasparenza nella liquidazione dell'attività. Assenza di strumenti adeguati e garanti di un corretto percorso amministrativo.	Basso	Basso	1) Nuovo regolamento ALPI: Contabilità separata gestita dall'ALPI con divieto per i medici di prendere soldi direttamente dal paziente 2) Procedure informatiche. 3) Tracciabilità dei pagamenti.	
	6) Pagamento fornitori/creditori	1. Liquidazione tecnica-amministrativa delle spese 2. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria emette l'ordine di pagamento 3. Il mandato di pagamento viene trasmesso al Tesoriere 4. Il Tesoriere estingue i mandati ricevuti	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	8) Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori.	Mancanza di tracciabilità	Medio	Medio	Pagamento centralizzato con SORESA Rispetto della cronologia della determina Il Dirigente controllo la legittimazione, l'autorizzazione di spesa e la copertura economica Controllo del collegio sindacale (audit sui pagamenti) Soresa che controlla sui doppi pagamenti Attivazione di recente della determina informatica Pubblicazione indici dei tempi di pagamento	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	7) Incassi Ticket e gestione recupero crediti codice bianco	1. Il cassiere incassa la somma e rilascia quietanza liberatoria o regolare fattura. 2. A fine giornata il cassiere: 2.1 elabora la distinta delle operazioni giornaliere 2.2. attiva l'importazione automatica in contabilità 2.3 elabora un prospetto dell'incasso giornaliero e lo trasmette alla U.O.C. Gestione Economica 2.4 preleva l'incasso e lo trasferisce alla Tesoreria	RESPONSABILE A.L.P.I. SERVIZIO C.U.P. U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA U.O.C. SIA	9) Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket. 10) Falsa autodichiarazione e accettazione al CUP per ottenere l'esenzione in caso di assegnazione codice bianco 11) Alterazione delle liste di nominativi dei beneficiari esenzione in caso di codice bianco	Per evento 68): 1. Omisione del controllo in tesoreria. 2. Mancata registrazione delle operazione a sportello. Per evento 69): 3. Mancato controllo sulle autodichiarazioni di esenzione Per evento 70): Intervento umano nella gestione del dato: le liste vengono estratte e volendo è possibile inserire altri nominativi	Medio	Medio	Adozione sistema SIAC di Soresa Per evento 69): 1. Procedura di verifica di coerenza tra dichiarato Cassa Cup e Cassa Tesoreria. 2. Collegio sindacale effettua una verifica di cassa. 3. Acquisizione TOTEM e servizio gestione cassa: il servizio acquisito consente di far interfacciare la ditta che segue il servizio con la tesoreria. Per evento 70): 1. Il processo di autorizzazione al rimborso prevede l'autorizzazione da parte del Direttore della struttura e non del medico. Per evento 71): Possibilità di tracciare gli accessi. Delibera di adesione con Agenzia dell'entrate per il recupero crediti codici bianchi	
	8) Emissione mandati/incasso reversali	1. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette con modalità telematica la distinta a Tesoriere 2. Emissione ordinativo d'incasso e sua sottoscrizione da parte del Direttore della U.O.C. Gestione Economica Finanziaria 3. Registrazione dell'ordinativo d'incasso nel giornale di Cassa e invio per via telematica al Tesoriere 4. Gli agenti della riscossione incassano le somme 5. Gli agenti della riscossione versano al Tesoriere le somme incassate	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	12) Distrazione di risorse mediante alterazione/ falsificazione dei dati/documenti.		Basso	Basso	1. Monitoraggio Collegio Sindacale 2. Sistema di centralizzazione pagamenti Soresa	
	9) Recupero crediti	1. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria sollecita i crediti scaduti e non ancora riscossi 2. Ad un anno dalla data di fatturazione la U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette la documentazione alla U.O.C. affari legali per la riscossione coatta	U.O.C. AFFARI LEGALI SERVIZIO C.U.P. DIREZIONE AMMINISTRATIVA	13) Favorire utenti non solventi.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	1) Norme di legge in materia di riscossione coattiva. 2) Procedura specifica. 3) Regolamento conflitto di interessi	
	10) Gestione risarcimento danni	1. Richiesta risarcimento 2. Istruttoria richiesta 3. Erogazione della somma	U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	14) Favorire il soggetto danneggiato.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Protocolli interni. Attivata l'assicurazione per risarcimento danni. Regolamento conflitto di interessi	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
	11) Stipula di contratti di locazione e acquisizione/alienazione di beni immobili e mobili registrati	2. Stipula del contratto 3. (in caso di locazione) Iscrizione nei conti d'ordine del valore dei canoni da corrispondere 4. (in caso di acquisto) Inserimento del cespote nell'attivo patrimoniale dell'Azienda 5. (in caso di alienazione) Eliminazione del cespote dall'attivo patrimoniale	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA PROVVEDITORATO ED ECONOMATO - Ufficiale rogante; UOC	15) Sottoscrizione di condizioni di acquisto, alienazione o locazione volti a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione.	Conflitto di interessi	Basso	Basso	1) Norme di legge. 2) Regolamenti aziendali (in particolare regolamento conflitto di interessi).	
	12) Gestione beni mobili e immobili	1. Cancellazione Libro Cespiti Beni Mobili Dichiariati Fuori Uso 2. Registrazione Dati sul Libro Cespiti (mobili e immobili) 3. Trasferimento beni da/a U.O	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA PROVVEDITORATO ED ECONOMATO - Ufficiale rogante; UOC	16) Intenzionale errata contabilizzazione dei beni mobili e immobili	Mancanza di tracciabilità e/o informatizzazione del processo	Basso	Basso	1) Norme di legge. 2) Regolamenti aziendali.	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	1) Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni		UOC Gestione Risorse Umane	1) Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio.	Mancanza di piena responsabilizzazione Carenza di personale da dedicare all'attività Conflitto di interessi	Medio	Medio	Norme di legge e regolamenti. Responsabilità dirigenziale Controlli a campione a cura del Responsabile dell'UO di competenza Regolamento policy di gestione del conflitto di interesse adottato nel 2019	
	2) Permessi e aspettative retribuite ex lege 104/92	1. Valutazione domanda e dichiarazioni in essa contenute e contestuale esame documentazione allegata 2..Eventuale richiesta di integrazione alla documentazione o alla domanda presentata 3. Registrazione del verbale/esito della valutazione 4. Predisposizione documento di ammissione domanda 5. Registrazione sul sito PERLA PA dei permessi fruiti da ciascun lavoratore nel corso dell'anno precedente	UOC Gestione Risorse Umane	2) Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati.	Omissione/inadeguatezza del controllo. In particolare risulta particolarmente difficoltoso e costoso verificare se il lavoratore utilizza correttamente i permessi per l'assistenza ai familiari disabili o per finalità personali. Una misura di controllo in tal senso non potrebbe essere adottata ad invarianza di spesa (principio ex L. 190/2012).	Alto	Alto	Controlli U.O.C. Gestione Risorse Umane Codice di comportamento	
	3) Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie	1. Controlli schede di dimissioni ospedaliere a campione o mirato su fenomeni anomali (Intercettati attraverso il DRG). 2. Flussi informativi sanitari da trasferire alla Regione e al Ministero	Tutte le UOC sanitarie	3) Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle loro conseguenze negative (es. preavvertire il destinatario; falsificare l'esito dei controlli; sottrarre o alterare atti, cartelle cliniche, prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti). 4) Alterazione dati inseriti nella SDO da parte del medico 5) Alterazione dati di consumo beni (farmaci e dispositivi medici)	1. Mancanza di tracciabilità delle attività sanitarie	Medio	Basso	nel 2019 si è provveduto con l'informatizzazione della cartella clinica e con l'informatizzazione di processi e flussi informativi aziendali a supporto di altre UUOCC. La maggiore tracciabilità delle operazioni riduce il rischio di anomalie.	
	4) Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato	1. L'ufficio istruttore viene a conoscenza della violazione perpetrata dal dipendente 2.Contestazione scritta dell'addebito della sanzione al dipendente e convocazione dipendente per sua difesa. 3. L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari,effettua gli accertamenti e valuta le giustificazioni addotte dal dipendente 4.L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari irroga la sanzione applicabile tra quelle previste dal Codice disciplinare	Tutte le UOC	6) Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare. 7) Omissione da parte del direttore della UO di attivare la conseguente procedura entro la tempistica prevista. 8) Intenzionale mancata chiusura del procedimento nei tempi previsti	Mancanza di tracciabilità dei procedimenti disciplinari	Medio	Medio	1) C.C.N.L. 2) Codice di Comportamento 3) Codice disciplinare e Regolamenti aziendali - deliberazioni n. 63/2019 e 64/2019.	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
5) Attestazione della presenza in servizio.	1. Verifica e controllo del tabulato orario 2. Rilevazione delle timbrature	Nucleo di verifica	9) Falsa attestazione della presenza in servizio. 10) Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio	Assenza di deterrenza	Medio	Medio	1) Misure specifiche del Codice di Comportamento. 2) Direttive. 3) Informatizzazione autorizzazioni, congedi ordinari, regolarizzazione omesse timbrature. 5) Sistema informatico di rilevazione anomalie presenze 6) Attività di controllo delle presenze.	Controlli a campione in loco	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	1. Accessi prioritari programmati	1. Prenotazione diretta da parte del medico attraverso la creazione di un'agenda informatica 2. Accettazione del paziente a cura del CUP nel giorno della prenotazione 3. Erogazione della prestazione	U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI SANITARI	4) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 5) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Mancata implementazione della possibilità di effettuare esami specialistici internamente alla struttura ritenuti necessari all'atto della prima prestazione erogata	Medio	Medio		
				6) Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa 7) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 8) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Come Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	Medio	Medio		
				n.r.		Basso	Basso		
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	2. Prestazioni ambulatoriali per la prescrizione di farmaci che necessitano di piano terapeutico	1. Prenotazione diretta da parte del medico (allo scadere del piano terapeutico) attraverso la creazione di un'agenda informatica 2. Accettazione del paziente a cura del CUP nel giorno della prenotazione 3. Erogazione della prestazione		9) Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa 10) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 11) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Come Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	Medio	Medio	Tutte le agende di prenotazione sono gestite dal CUP in maniera informatizzata e visibile sul sito web aziendale, ove necessario organizzate secondo classi di priorità, strutturate in modo da tenere separate l'attività istituzionale da quella libero professionale e le agende riguardanti i primi accessi dai follow up e/o gli accessi successivi. In proposito, l'Azienda si è dotata di un apposito Piano attuativo Aziendale per il Governo delle liste d'attesa (Deliberazione n. 259 del 26/11/2019) cui si rinvia per la trattazione delle misure idonee a prevenire le croniche criticità in merito alle liste d'attesa. Come misura di contrasto dei comportamenti del personale medico e sanitario preordinati ad alterare il flusso delle liste d'attesa per favorire soggetti esterni, l'Azienda si è inoltre dotata, nel 2019, di un Regolamento per la policy di Gestione del conflitto di interesse (Delibera n. 254/2019).	
7) Problemi di accesso e di erogazione di servizi sanitari	3. Day Service	1. Proposta di attivazione di un PACC (percorso assistenziale complesso e coordinato) da parte di un medico 2. Prenotazione attraverso CUP con la gestione di agenda informatica (distinta da quella dell'attività ambulatoriale) 3. Erogazione della prestazione	UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	12) Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa	1. Sistema informativo che traccia l'intero percorso di erogazione del servizio (dalla visita alla sala operatoria): manca una piena integrazione tra il sistema informatico del CUP e quello aziendale. 2. Analisi delle priorità: manca in tutte le branche medico-chirurgiche una puntuale e chiara definizione dei criteri per l'attribuzione dei codici di priorità (margini di discrezionalità/soggettività del medico) 3. Pluralità di liste di attesa per prestazioni analoghe 4. Carenza di posti letto di reparto per attività elettive	Medio	Medio		
8) Problemi di accesso e di erogazione di servizi sanitari	4. Ricovero chirurgico programmato e in elezione	1. Predisposizione Sceda di ricovero con indicazione di priorità 2. Inserimento nella lista di attesa 3. Convocazione del paziente per pre-ricovero 4. Pre-ricovero 3. Erogazione della prestazione							

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
				13) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 14) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	1. Accettazione esami realizzati all'esterno della struttura in caso di ricoveri in day surgery e day Hospital 2. Mancata implementazione della possibilità di effettuare esami specialistici internamente alla struttura ritenuti necessari all'atto della prima prestazione erogata	Medio	Medio		
5.Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	1. Proposta del ricovero dal medico specialista 2. Attribuzione criterio di priorità 3. Inserimento nella lista 4.Convocazione del paziente per il ricovero 5. Erogazione della prestazione			Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento nella lista di attesa					
6. Gestione pronto soccorso	Accettazione in pronto soccorso	UOC Pronto soccorso e O.B.I. TUTTE LE STRUTTURE che erogano servizi sanitari o che autorizzano prestazioni sanitarie; UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE		15) Falsa assegnazione del codice per finalità corruttive/interessi personali 16) Bypassare la lista di attesa attraverso l'accesso in pronto soccorso per urgenza	Conflitto di interessi Conflitto di interessi Mancanza di controlli Mancata esatta separazione della gestione tra ricoveri di urgenza e ricoveri ordinari	Basso	Basso		

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
7) Attività libero professionale	1) Autorizzazione Attività ALPI	1. Presentazione domanda scritta da parte del medico interessato accompagnata dal parere del Direttore di Struttura Complessa o semplice e validata dal Direttore di Dipartimento 2. La U.O ALPI accoglie le istanze e istruisce le pratiche amministrative 3. Deliberazione aziendale di autorizzazione 4. I Direttori di Dipartimento e di U.O.C stabiliscono, d'intesa con il dirigente, le modalità di erogazione	UO Liste di attesa, accreditamento e qualità e ALPI; Commissione Partitetica ALPI	1) Favorire un soggetto nell'ottenimento di autorizzazioni	Attualmente l'autorizzazione è soggetta ad una valutazione di tipo personale, ma è comunque tracciata.	Basso	Basso	1) Nuovo regolamento ALPI (Deliberazione n. 240/2019)	
	2) Realizzazione attività intramoenia	1. Richiesta del cittadino di prestazione a pagamento e scelta del professionista 2. Messa a conoscenza della spesa da affrontare per il cittadino (in caso di prestazioni complesse preventivo di spesa) 3. Prenotazione prestazione 4. Accettazione/Pagamento prestazione 4. Erogazione della prestazione	UO Liste di attesa, accreditamento e qualità e ALPI; Commissione Partitetica ALPI	2) Svolgimento dell'attività intramoenia allargata in violazione delle regole stabilite (es. in orario di lavoro, in spazi non autorizzati, omettendo la fatturazione).	Omissione di controllo Assenza di controlli a campione	Medio	Medio	1) Nuovo regolamento ALPI (Deliberazione n. 240/2019) 2)Prenotazione attraverso CUP e/o numero verde e in via eccezionale rivolgendosi direttamente al dirigente (il quale entro 1 giorno lavorativo è tenuto a trasmettere la prenotazione acquisita al CUP) 3) Attestazione (in entrata e in uscita) dell'attività ALPI digitando un codice nel rilevatore delle presenze. 4) Verifica e monitoraggio della corretta applicazione delle norme e del regolamento da parte della Commissione paritetica e dell'U.O. ALPI 5) Divieto di riscuotere i proventi da parte del medico 6) Sistema sanzionatorio in caso di violazioni al regolamento (dal richiamo alla revoca dell'autorizzazione)	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
8) Farmaceutica	1) Gestione Farmaci e dispositivi medici	Prescrizione farmaci e dispositivi medici	Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	1) Abuso della propria autonomia professionale nella inappropriata prescrizione di farmaci e materiale sanitario al fine di favorire la diffusione di un determinato prodotto, oppure al fine di fondere il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali. 2) Arbitrio nella prescrizione dei prodotti fuori gara regionale	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni Assenza di una sistematica e puntuale reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco - malattia, farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.	Medio	Medio	Sistema SANIARP per i farmaci prescritti ad alto costo o i soggetti a prescrizione AIFA PTO aziendale Per abuso: Commissione HTA e Commissione Farmaco Regolamento beni infungibili e/o esclusivi	
		Ricezione e stoccaggio merce	UOC Farmacia	3) Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia 4) Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna (modificato e accorpati più rischi)	Assenza di sistema informatizzato	Medio	Medio	Verifica congruità colli rispetto alla bolla Conguità bolla rispetto all'ordine Convalida finale e nulla osta per il carico informatico del materiale Sistema di video sorveglianza Cassaforte per i farmaci ad alto costo	
		Consegna farmaci e dispositivi medici alle UO	UOC Farmacia Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	5) Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia 6) Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna	per tutti: Manca la possibilità di un controllo diretto sulla merce realmente caricata per 89: i contenitori sono alienabili	Medio	Medio	Attività di inventariazione due volte l'anno Presenza di 4 persone stabili per la consegna del materiale a ognuno dei quali è assegnata un'area dell'ospedale	
		Utilizzo dei farmaci: invio richiesta dal coordinatore infermieristico, validata dal medico, validazione della Dirigente farmacista, trasmissione al preparatore che allestisce il pacco da inviare in reparto; nel momento dello scarico dal magazzino in automatico il prodotto viene caricato nell'armadietto; validazione nel reparto e poi utilizzo. (Sistema order entry)	UOC Farmacia Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	7) Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di fondere il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali.	Errato processo di carico/scarico dei farmaci Mancato controllo	Medio	Medio	Sistema informatico Order entry Ispezione di reparto da parte della UOC Farmacia per verificare la corretta tenuta tra farmaci e dispositivo (un controllo l'anno)	
		Gestione delle apparecchiature elettromedicali	UOC Tecnologia Ospedaliera Commissione HTA Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	8) Alterazione delle informazioni relative al parco macchine e/o alle singole attrezture al fine di anticipare la sostituzione e/o indurre ad acquisire attrezture non necessarie 9) Omissione di manutenzione finalizzata a rendere non riutilizzabili le apparecchiature.	Mancata inventariazione di tutte le apparecchiature	Medio	Medio	Inventario di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico (BIOGEST) che non copre il 100% delle apparecchiature Piano di Manutenzione sulla base del capitolo di gara definito da SORESA Per l'alta tecnologia c'è l'affidamento alla casa madre Regolamento per l'acquisizione di beni infungibile ed esclusivi Per le macchine di alta tecnologia si attua la consultazione preliminare di mercato	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	1) Sperimentazioni	1. Richiesta di sperimentazione 2. Approvazione del contratto 3. Fattutazione e liquidazione compenso	Direzione Sanitaria DIREZIONE AMM/VA U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO	1) Far prevalere l'interesse personale dello sperimentatore e altri soggetti coinvolti al fine di ottenere benefici economici. 2) Pressione dello sperimentatore e/o di altri soggetti coinvolti su componenti del Comitato etico di riferimento al fine di ottenere benefici e vantaggi privati	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Regolamento policy di gestione conflitto di interesse (Reg. 254/2019)	
	2) Sponsorizzazioni di attività non formative e formative	1. Individuazione delle iniziative di sponsorizzazione 2. Proposta di sponsorizzazione (su iniziativa dell'Azienda o di terzi) 2. Elaborazione Progetto di sponsorizzazione 3. Elaborazione e pubblicazione avviso per selezione sponsor 4. Selezione dello sponsor	DIREZIONE SANITARIA U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE U.O.C. Formazione e Performance	3) Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni	Interesse dello sponsor privato volto alla diffusione "condizionata" dei propri prodotti in un sistema di pubblico servizio. Conflitto di interesse e comparagno. Non corretta applicazione del regolamento aziendale	Medio	Alto	Regolamento PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI (DeliberaZIONE 283/2011) REGOLAMENTO RELATIVO ALLA "ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI ESTERNI SPONSORIZZATI IN AZIENDA" ALLA "PARTECIPAZIONE AD EVENTI FORMATIVI ESTERNI SPONSORIZZATI CON SPESA A CARICO DI SOGGETTI TERZI", APPROVAZIONE (DELIBERAZIONE 385/18).	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative esterne svolte dai dipendenti per controllare la presenza di sponsor e l'eventuale non corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018)

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
1) Medicina legale Certificativa	U.O.C. MEDICINA LEGALE	Interna: Visita medico legale su chiamata del responsabile dell'unità operativa (richiesta interna di visita o parere medico legale per un traumatizzato)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	1) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) codice di comportamento	
		Interna: Parere tecnico per presunta colpa professionale (a fronte di una richiesta di risarcimento danno)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	2) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Consiglio di transazioni bonarie in caso di incertezza sulla vittoria 2) Attività svolta in equipe per il settore certificativo e firmata da i tre medici legali + firma dei direttori interessati (previsto da REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE)	
		Esterna: Valutazione del danno biologico	U.O.C. MEDICINA LEGALE	3) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione del danno biologico	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Attività svolta in equipe per il settore certificativo e firmata da i tre medici (previsto da REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE)	
		Esterna: Certificazione di idoneità psicofisica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	4) Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficiale ha funzioni esclusive o preminentи di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per conduzione autoveicoli, motoveicoli, natanti).	Discrezionalità del medico legale	Medio	Medio	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Procedure informatizzate. 3) Tracciabilità. 4) Attività svolta da un solo medico legale con controfirma del Dirigente	
		Polo della Violenza sessuale o abuso su minore: Visita richiesta dall' autorità giudiziaria o dal privato, con documentazione fotografica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	non rilevati					
10) Medicina legale		Invio in sala mortuaria		non rilevati				Codice etico del personale e le informazioni ai congiunti sul comportamento da tenere in funzione delle disposizioni aziendali	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
11) Affari legali e contenzioso	1) Assistenza legale gestita da avvocatura interna	Ricezione atto giudiziale Istruttoria Decisione di ricorrere in giudizio o procedere preventivamente per vie extragiudiziali	UOC Affari Legali	1) Omissione di informazioni per l'istruttoria al fine di agevolare il soggetto terzo ricorrente	Manca una collaborazione fattiva nella maggior parte dei casi, giustificata dai dirigenti dalla mancanza di risorse umane. Resistenza culturale al servizio di avvocatura interna Manca da parte dell'organizzazione una visione di un servizio di avvocatura teso a ridurre i contenziosi e a gestire le pratiche di giudizio con una logica di riduzione delle spese e dei danni per l'AO (a fronte di una cultura prevalente del ricorso in giudizio a tutti i costi che può produrre più spese che vantaggi per l'ente)	Medio	Medio	Prassi di corrispondenza tra l'Avvocatura e le UOC coinvolte Attività di richiamo da parte della Direzione Amministrativa in caso di mancata collaborazione Responsabilità dirigenziale Codice di comportamento	
	2) Assistenza legale gestita da avvocati nominati sulla base della short list	Nomina e assegnazione dell'incarico Istruttoria Rappresentazione in giudizio	UOC Affari Legali	2) Intraprendere la via giudiziale anche quando non ricorrono gli estremi di vantaggio dell'ente, al fine di vantaggi personali	Interesse degli avvocati di portare avanti le cause Orientamento culturale dell'organizzazione a favore di un approccio favorevole al ricorso in giudizio	Medio	Medio	Istituzione del servizio di Avvocatura interna Codice di comportamento	
	3) Procedimenti legali nei confronti dipendenti per responsabilità professionale e rimborso spese di giustizia	Messa a disposizione dei legali della short list o nomina di legali indicati dal dipendente Valutazione della responsabilità del dipendente e costituzione o meno dell'Ente come parte civile Rimborso spese di giustizia in caso di procedimento risolto positivamente per il dipendente	UOC Affari Legali	3) Mancata costituzione dell'ente come parte civile al fine di favorire il dipendente	Valutazione da parte della direzione strategica delle risultanze dell'istruttoria per valutare l'opportunità di costituirsi o meno parte civile Mancanza di elementi oggetti in fase istruttoria per definire la responsabilità per negligenza del dipendente in giudizio	Medio	Medio	1) C.C.N.L. 2) Regolamenti aziendali. 3) Codice di comportamento	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
12) Formazione e aggiornamento professionale del personale	1) Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale	Definizione del fabbisogno formativo	Direzione generale Direttori delle UUOCC e UUOO di area amministrativa e sanitaria proponenti; UOC Formazione, Qualità e Performace;	1) Alterazione dei fabbisogno formativo al fine di curvare il piano di formazione al perseguitamento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compiti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	Regolamento formazione e aggiornamento professionale (Reg. 389/2018)	Pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale del PAF (Piano aziendale della formazione) e dei report periodici previsti dal punto 2.1.3 del Regolamento approvato con deliberazione n. 389/2018.
		Pianificazione offerta formativa	Direzione generale Direttori delle UUOCC e UUOO di area amministrativa e sanitaria proponenti; UOC Formazione, Qualità e Performace;	2) Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancanza di verifica interna ed esterna della coerenza tra obiettivi formativi inseriti e priorità definite nella documentazione strategica	Alto	Alto		
		Attribuzione incarico docenti interni/esterni e/o enti di formazione	UOC Formazione, Qualità e Performace UOC Provveditorato ed economico	3) Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri.	Non adeguata e non puntuale definizione delle procedure da seguire per l'affidamento degli incarichi di docenza	Alto	Alto		
		Erogazione dei corsi di formazione	UOC Formazione, Qualità e Performace	4) Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi	Mancanza di strumenti di controllo e rendicontazione del Piano di Formazione	Alto	Alto		
	2) Organizzazione di eventi formativi sponsorizzati in azienda	Definizione e/o selezione degli eventi formativi sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	5) Pilotamento della definizione o selezione degli eventi formativi sponsorizzati per il perseguitamento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compiti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	Regolamento "Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi" (Reg. 385/2018)	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 Definizioni di sanzioni per gli sponsor che finanziato direttamente il singolo dipendente, attraverso ad esempio l'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.
		Contratto con lo sponsor	UOC Formazione, Qualità e Performace	6) Inserire clausole che possono favorire lo sponsor e/o personale predeterminato	Non adeguate verifiche	Alto	Alto		
		Selezione del personale destinatario dei eventi formativi sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	7) Favorire personale predeterminato	Mancanza di collegamento tra il fabbisogno formativo del personale e l'offerta formativa proposta	Alto	Alto		
	3) Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati	Acquisizione e selezione dei programmi di eventi formativi esterni sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	8) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguitamento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compiti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	Regolamento "Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi" (Reg. 385/2018)	Definizioni di sanzioni per gli sponsor che finanziato direttamente il singolo dipendente, attraverso ad esempio l'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.
		Selezione del personale per la partecipazione agli eventi formativi esterni sponsorizzati	Direzione generale UOC Sviluppo organizzativo risorse umane; UOC Formazione, Qualità e Performace	9) Favorire personale predeterminato	Mancanza di collegamento tra il fabbisogno formativo del personale e l'offerta formativa proposta	Alto	Alto		
		Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati	Tutti i dipendenti Direzione generale UPD	10) Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO	Mancanza di conoscenza e consapevolezza dell'illecito da parte dei dipendenti; Non adeguata attuazione del sistema sanzionatorio sia nei confronti dei dipendenti che nei confronti delle aziende che sponsorizzano la formazione di singoli operatori sanitari	Alto	Alto		

Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza

- Misure di trattamento del rischio

P.I.A.O. 2025/2027

“Allegato alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza”

Misure di trattamento del rischio

MISURA N. 1

Denominazione Misura	Controllo applicazione del regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UOC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (nomina DEC, vigilanza, ...)
Finalità	<p>Il Regolamento è predisposto per prevenire i seguenti rischi individuati nell'Allegato 1 “Catalogo dei rischi” – Sezione “Contratti pubblici”:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Omessa rilevazione o segnalazione di incompatibilità e inconferibilità; 2) Mancanza di requisiti previsti dal codice appalti 3) Applicazione distorta dei criteri di valutazione 4) Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante OEV 5) Mancata definizione dei criteri motivazionali per l'attribuzione dei punteggi in caso di OEV 6) Applicazione distorta e non congrua nella attribuzione dei punteggi per specifiche tecnico funzionali che individuano un unico operatore economico 7) Alterazioni nell'oggetto dell'appalto 8) Aggravio di costi per l'azienda 9) Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza 10) Mancata verifica requisiti subappaltatore 11) Eccessivo ricorso alle varianti 12) Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma 13) Pagamenti ingiustificati
Referente	La misura sarà attuata su impulso della UOC “Provveditorato-Economato” che assumerà il ruolo di referente della misura.
Cronoprogramma	Entro il 30/06/2025 la UOC “Provveditorato-Economato” predisponde una relazione sull'andamento della misura.
Indicatori di monitoraggio	Verifica adozione regolamento
Target	Adozione regolamento

MISURA N. 2

Denominazione Misura	Controlli a campione in loco per prevenire la falsa attestazione della presenza in servizio
Finalità	<p>La misura dovrà essere attuata per prevenire i seguenti rischi individuati nell’Allegato 1 “Catalogo dei rischi” – Sezione “Controlli e sanzioni”:</p> <p>1) Falsa attestazione della presenza in servizio.</p> <p>2) Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio.</p> <p>La concreta attuazione della misura sarà dimostrata da appositi documenti (es. verbali controllo) idonei a rappresentare i controlli sia sotto il profilo quantitativo (es. n. di dipendenti controllati) che qualitativo (es. criteri utilizzati).</p>
Referente	La misura sarà attuata su impulso dal nucleo per le Verifiche delle presenze di cui alla delibera n. 401 del 5/6/2019.
Cronoprogramma	La misura sarà attuata mediante controllo che hanno come riferimento il periodo compreso tra il 1/1/2025 e il 31/12/2025.
Indicatori di monitoraggio	Numero di controlli effettuati
Target	Minimo 20% personale controllato

MISURA N. 3

Denominazione Misura	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del nuovo Regolamento approvato con delibera 109/2024
Finalità	<p>Nell’Allegato 1 “Catalogo dei rischi” – Sezione “Ricerca, Sperimentazioni e Sponsorizzazioni” è individuata, quale causa abilitante a generare un fattore di rischio, la presenza di un interesse dello sponsor privato volto alla diffusione “condizionata” dei propri prodotti in un sistema di pubblico servizio, di un conflitto di interesse e comparaggio e la non corretta applicazione del regolamento aziendale. Nella Sezione “Formazione del personale” del medesimo Catalogo, inoltre, sono individuati i seguenti eventi rischiosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per gli eventi formativi sponsorizzati in Azienda: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pilotamento della definizione o selezione degli eventi formativi sponsorizzati per il perseguitamento di finalità e utilità private 2) Inserire clausole che possono favorire lo sponsor e/o personale predeterminato 3) Favorire personale predeterminato <ul style="list-style-type: none"> • Per gli eventi formativi esterni sponsorizzati: <ol style="list-style-type: none"> 4) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguitamento di finalità e utilità private 5) Favorire personale predeterminato 6) Omissione di comunicazione da parte del personale all’AO <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante verifiche a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del nuovo Regolamento approvato con delibera 109/2024 (“Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda” e alla “partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi”).</p> <p>L’output della misura consisterà in un verbale di controllo e in una attestazione di regolarità da rendere a cura della “UOC EPIDEMIOLOGIA, QUALITÀ, PERFORMANCE, FLUSSI INFORMATIVI”.</p> <p>La misura è strettamente collegata alla misura 7.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla “UOC EPIDEMIOLOGIA, QUALITÀ, PERFORMANCE, FLUSSI INFORMATIVI”.
Cronoprogramma	La misura sarà attuata mediante controllo che hanno come riferimento il periodo compreso tra il 1/1/2025 e il 31/12/2025.
Indicatori di monitoraggio	Percentuale di attività controllate sul totale frequentate
Target	Min 5%

MIISURA N. 4

Denominazione Misura	<p>Controllo dell'applicazione di quanto integrato al nuovo regolamento "Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi", approvato con delibera 109 del 01/02/2024, con la previsione di sanzioni per gli sponsor che finanziano direttamente i dipendenti</p>
Finalità	<p>Il regolamento approvato con delibera n. 109/2024 prevede che gli sponsor dichiarino la disponibilità a contribuire alla copertura delle spese per la partecipazione ad eventi di formazione e aggiornamento del personale dipendente dell’Azienda mediante domanda da presentare direttamente alla Direzione generale che provvede poi ad individuare i dipendenti idonei alla partecipazione degli eventi promossi.</p> <p>Il Regolamento esclude che gli sponsor possano sponsorizzare direttamente il singolo dipendente, anche mediante il solo rimborso delle spese di viaggio.</p> <p>In tale contesto, nell’Allegato 1 “Catalogo dei rischi” – Sezione “Formazione del personale” sono individuati i seguenti eventi rischiosi relativi agli eventi formativi esterni sponsorizzati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguitamento di finalità e utilità private 2) Favorire personale predeterminato 3) Omissione di comunicazione da parte del personale all’AO <p>La misura sarà attuata secondo l'applicazione del Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la previsione per gli sponsor, che in violazione del regolamento allegato alla Deliberazione n. 109/2024 finanziano direttamente i singoli dipendenti, dell'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.</p>
Referente	La misura sarà attuata su impulso della UOC “Provveditorato-Economato” che assumerà il ruolo di referente della misura.
Cronoprogramma	Entro il 30/06/2025 la UOC “Provveditorato-Economato” predisponde una relazione sull’andamento della misura.
Indicatori di monitoraggio	Verifica adozione regolamento
Target	Adozione regolamento

MISURA N. 5

Denominazione Misura	Formazione specialistica in materia di appalti pubblici
Finalità	<p>Nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Contratti pubblici", la mancanza/carenza di competenze specifiche, anche in riferimento alle specifiche categorie merceologiche, è individuata tra le cause abilitanti di eventi rischiosi sia nella fase di progettazione della gara che nella fase di selezione del contraente.</p> <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante la realizzazione di attività di formazione su normativa codice degli appalti.</p> <p>Sarà coinvolto tutto il personale delle UOC "Provveditorato ed Economato", "Tecnologia Ospedaliera", "Ingegneria Ospedaliera" e "Sistemi Informatici Aziendali".</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla "UOC EPIDEMIOLOGIA, QUALITÀ, PERFORMANCE, FLUSSI INFORMATIVI".
Cronoprogramma	I corsi saranno inseriti nel PAF (Piano aziendale di formazione) e realizzati entro il 31/12/2025.
Indicatori di monitoraggio	Numero di dipendenti formati/Numero di dipendenti assegnati alle UU.OO.CC. interessate
Target	90%

MISURA N. 6

Denominazione Misura	Contrasto ad un uso distorto del Piano aziendale di formazione
Finalità	<p>Nell’Allegato 1 “Catalogo dei rischi” – Sezione “Formazione del personale” sono individuati i seguenti eventi rischiosi relativi allo Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Alterazione del fabbisogno formativo al fine di curvare il piano di formazione al perseguitamento di finalità e utilità private 2) Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione 3) Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri. 4) Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" (in una apposita sezione da creare all'interno della pagina A.O.R.N. Caserta >> Amministrazione Trasparente >> Altri contenuti) del sito internet aziendale del PAF (Piano aziendale della formazione) e dei report periodici, così come previsti dal nuovo Regolamento “Formazione e Aggiornamento Professionale” approvato con deliberazione n. 194 del 15/02/2024</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla “UOC EPIDEMIOLOGIA, QUALITÀ, PERFORMANCE, FLUSSI INFORMATIVI”.
Cronoprogramma	<p>La pubblicazione del PAF avverrà entro 30 gg dalla sua adozione.</p> <p>La pubblicazione dei report avverrà entro 10 gg dal loro redazione.</p>
Indicatori di monitoraggio	Verifica pubblicazioni
Target	Avvenute pubblicazioni

MISURA N. 7

Denominazione Misura	Controllo delle cause di inconferibilità di cui all’art. 35 bis del D. Lgs. 165/2001 e all’art. 3 del D. Lgs. 39/2013
Finalità	Il PNA raccomanda di prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative le verifiche della sussistenza di eventuali cause di inconferibilità di cui all’art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all’art. 3 del d.lgs. 39/2013. Pertanto, la presente misura sarà attuata mediante una verifica campionaria del casellario giudiziale dei dipendenti oggetto degli incarichi di cui all’art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all’art. 3 del d.lgs. 39/2013. Il Campione sarà costituito da almeno il 5% degli incarichi conferiti.
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC G.R.U. che individuerà la procedura di campionamento e i soggetti coinvolti.
Cronoprogramma	Il campionamento sarà effettuato entro il 30/06/2025 con riferimento agli incarichi in essere al 31/12/2024. Successivamente, entro il 31/07/2025, si provvederà a richiedere i casellari giudiziali dei dipendenti campionati.
Indicatori di monitoraggio	Numero dipendenti controllati/numero dipendenti destinatari incarichi di cui all’art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all’art. 3 del d.lgs. 39/2013
Target	Min 5%

MISURA N. 8

Denominazione Misura	Rotazione del personale
Finalità	<p>L’istituto della rotazione c.d. straordinaria è stato previsto nel PNA come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare.</p> <p>L’istituto è previsto dall’art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Tale misura, c.d. rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all’istituto generale della rotazione ordinaria. La rotazione c.d. “ordinaria” del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta infatti una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. Essa è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b).</p> <p>La misura sarà attuata mediante la predisposizione di un apposito Piano di Rotazione, ordinaria e straordinaria, da attuarsi nel biennio successivo.</p> <p>Il Piano sarà predisposto secondo i principi del PNA.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC “Gestione Risorse Umane” sotto il coordinamento della Direzione Amministrativa.
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2025 sarà attuato il Piano
Indicatori di monitoraggio	Verifica Predisposizione Piano
Target	Predisposizione Piano

MISURA N. 9

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

MISURA N. 10

Denominazione Misura	Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo
Finalità	<p>Tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.</p> <p>L’incremento della formazione dei dipendenti, l’innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell’amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT.</p> <p>La formazione sarà strutturata su due livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all’aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità; ○ uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell’amministrazione. Dovrebbero, quindi, definirsi percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono.
Referente	La misura sarà attuata dalla “UOC EPIDEMIOLOGIA, QUALITÀ, PERFORMANCE, FLUSSI INFORMATIVI”.
Cronoprogramma	I corsi saranno inseriti nel PAF (Piano aziendale di formazione) e realizzati entro il 31/12/2025.
Indicatori di monitoraggio	<p>Numero dipendenti oggetto di formazione generale/numero dipendenti totali</p> <p>Numero dipendenti oggetto di formazione specifica/numero dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo</p>
Target	<p>Primo indicatore: 30%</p> <p>Secondo indicatore: 90%</p>

Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza

- Obblighi di trasparenza



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT’ANNA E SAN SEBASTIANO”
CASERTA

P.I.A.O. 2025/2027

“Allegato alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza”

Obblighi di trasparenza

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Disposizioni generali		Art. 12, c. 2, d.lgs. n.33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	UOC gestione risorse umane	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013 Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	UOC Affari generali Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Disposizioni generali	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n.69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016	
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Curriculum vitae		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Non applicabile	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	non applicabile	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
				3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 euro)		

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

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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti 1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Nessuno

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell’incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell’anno superi 5.000 €)		Nessuno
				4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l’ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all’articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell’incarico al momento	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell’incarico (comunicate alla Funzione pubblica)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

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

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

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

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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC gestione risorse umane	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	

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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Dotazione organica	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato(da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	UOC gestione risorse umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	UOC gestione risorse umane UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predisponde, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
		Par. 14.2, delib. CiViT n. 12/2013		Compensi	UOC affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiViT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Performance			(da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT’ANNA E SAN SEBASTIANO”
CASERTA

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Società partecipate		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuna delle società:		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate(da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013					

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati					non applicabile	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell’incarico (<u>link al sito dell’ente</u>)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell’articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento	
Enti controllati		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguitamento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati(da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				Per ciascuno degli enti:			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle) Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) durata dell'impegno	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfidabilità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all’istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	non applicabile	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

ALLEGATO 1) SEZIONE " ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate			Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all’anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell’opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali		Tempestivo
				Per ciascuna procedura:		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs n. 50/2016)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)		Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi – Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell’ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs n. 50/2016)		
				Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs n. 50/2016); Avvisi relativi l’esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs n. 50/2016)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs n. 50/2016)		Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori,		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura			complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs n. 50/2016)		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione		Tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione		dei relativi provvedimenti finali)			
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Non applicabile	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
				5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Non applicabile	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Bilancio consuntivo	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOC Provveditorato-Economato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	RPCT UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)		Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)		Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio		Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio		Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	UOC Controllo di gestione	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato da art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all’utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	UOC SIA	Tempestivo
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all’ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	non applicabile	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all’ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	UOC GEF	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)		Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti		Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
				possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)		non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto- sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	UOC Ingegneria Ospedaliera		Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Opere pubbliche	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Ingegneria Ospedaliera	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	non applicabile	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
				alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse		
Informazioni ambientali	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Informazioni ambientali	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche			costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell’ambito delle stesse		
			Misure a protezione dell’ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell’ambito delle stesse		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull’attuazione della legislazione	5) Relazioni sull’attuazione della legislazione ambientale		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d’interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell’ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche		Relazione sullo stato dell’ambiente del Ministero dell’Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell’ambiente redatta dal Ministero dell’Ambiente e della tutela del territorio		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	non applicabile	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate		Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della	RPCT	Annuale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione			legge n. 190 del 2012, (MOG 231)		
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)		Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)		Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione		Semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	UOC SIA	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria		Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione		Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013Art. 1, c. 9, lett. f), l. n.190/2012	Dati ulteriori(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Tutte le strutture interessate per competenza	Annuale

Ai fini della presente procedura, laddove viene fatto riferimento a “Tempestivo”, oltre a quanto riportato all'art. 8, d.lgs. n. 33/2013, si ritiene opportuna la pubblicazione tutte le volte in cui si adottano atti/provvedimenti che modificano la situazione in essere.

Allegato alla sottosezione 3.3

- Programma formativo aziendale 2025

PROGRAMMA FORMATIVO 2025

N°	Tipologia formativa	Titolo	Ed.	Date	UOC/UOSD	Dipartimento	Responsabile	Destinatari
1	PFA	Medicina d'emergenza/urgenza e PS; Le nuove sfide; dal triage alla gestione rapida delle emergenze mediche	4	14/03/2025 18/04/2025 23/05/2025 24/10/2025	UOC Medicina e Chirurgia D'Accettazione d'urgenza con PS	Emergenza e Accettazione	Dr. Paternostro Diego Dr.ssa Lentini Loredana	Personale delle professioni Sanitarie, OSS
2	PFA	Riconoscimento e cura del Trauma perineale	1	29/09/2025	UOC Ostetricia e Ginecologia	Della salute della Donna e del Bambino	Dr.ssa Desiderio Maria Rosaria Dr.ssa Russo Raffaella	Ostetriche, Ginecologi, Infermieri, Fisioterapisti
3	PFA	La gestione multidisciplinare del neonato e del lattante con infezioni da virus respiratorio sinciziale	2	12/03/2025 12/11/2025	UOC TIN con TEN	Della salute della Donna e del Bambino	Dr. Bernardo Italo Dr.ssa Sollo Carmela	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici
4	PFA	Point of Care Testing dalla Teoria alla Pratica clinica	2	10/07/2025 13/11/2025	UOC Laboratorio analisi	Servizi Sanitari	Dr. PetruzzIELLO Arnolfo	Biologi, Medici, TSLB, Infermieri, Tecnici di perfusione
5	PFA	Medicina di Laboratorio: nuove frontiere 2° edizione	1	16/10/2025	UOC Laboratorio analisi	Servizi Sanitari	Dr. PetruzzIELLO Arnolfo Dr.ssa Greco Rita Dr.ssa Maddalena Schioppa	Biologi, Medici, TSLB, Infermieri, Ostetriche, OSS
6	PFA	Le derivazioni urinarie...queste sconosciute	2	10/04/2025 25/09/2025	UOC Urologia	Scienze Chirurgiche	Dr. Russo Luigi Dr.ssa Palladino Ippolita	Infermieri, Ostetriche
7	PFA	Il cateterismo vescicale: uso e abuso	2	20/02/2025 09/05/2025	UOC Urologia	Scienze Chirurgiche	Dr. Russo Luigi Dr.ssa Palladino Ippolita	Infermieri, Ostetriche, OSS
8	PFA	Il soccorso sanitario nelle maxi emergenze	4	05/03/2025 09/04/2025 15/010/2025 12/11/2025	UOC Anestesia e Rianimazione	Emergenza e Accettazione	Dr. Farina Alfonso	Medici, Infermieri, OSS
9	PFA	Il paziente stomizzato - Gestione e Riabilitazione	2	09/04/2025 13/10/2025	UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza	Scienze Chirurgiche	Dr. Andreano Mauro Dr.ssa Basco Ylenia Antonia	Medici, Infermieri, OSS, Ostetriche, Tecnici perfusione cardiocircolatoria

10	PFA	Insufficienza Respiratoria: gestione multidisciplinare	1	18/06/2025	UOC Pneumologia	Scienze Mediche	Dr.ssa Di Perna Felice Dr.ssa Patrillo Anna	Medici, Infermieri, Logopedisti, Fisioterapisti
11	PFA	Fast microbiology per la gestione tempestiva delle Infezioni	2	14/05/2025 12/11/2025	UOC Microbiologia e Virologia	Servizi Sanitari	Dr. Maggi Paolo Dr.ssa Greco Rita	Biologi, Medici, Infermieri, TSLB, Farmacisti
12	PFA	Clostridium difficile	2	23/04/2025 08/10/2025	UOC Microbiologia e Virologia	Servizi Sanitari	Dr. Maggi Paolo Dr.ssa Greco Rita	Biologi, Medici, Infermieri e tutte le prof sanitarie, TSLB, Farmacisti, OSS
13	PFA	Introduzione alla Medicina Narrativa in pediatria: uno strumento di miglioramento del percorso di cura	2	05/06/2025 09/10/2025	UOC Pediatria	Della salute della Donna e del Bambino	Dr.ssa Pascarella Filomena	Medici, Infermieri, OSS, Pediatri, Psicologi, Ostetriche,
14	PFA	La gestione del dolore in età pediatrica	2	05/06/2025 23/10/2025	UOC Pediatria	Della salute della Donna e del Bambino	Dr. Nunziata Felice Dr. Imperatore Agostino	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici, fisioterapisti, OSS
15	PFA	Supporto vitale avanzato pediatrico con simulazione ad alta fedeltà	2	26/11/2025 17/12/2025	UOC Pediatria	Della salute della Donna e del Bambino	Dr. Nunziata Felice Dr. Natale Antonio	Dirigenti medici, Infermieri, Infermieri pediatrici, OSS
16	PFA	Il Triage infermieristico pediatrico	2		UOC Pediatria	Della salute della Donna e del Bambino	Dr. Nunziata Felice Dr. Tiemo Elpidio	Dirigenti medici, Infermieri, Infermieri pediatrici
17	PFA	La digitopressione e la moxibustione per favorire una gravidanza e un parto naturale	1	09/05/2025	UOC Ostetricia e Ginecologia	Della salute della Donna e del Bambino	Dr.ssa Desiderio Maria Rosaria Dr.ssa Russo Raffaella	Ostetriche, Ginecologi, Infermieri
18	PFA	Nuove Tecnologie in sala operatoria	2		UOC Day Surgery UOSD Sale Operatorie	Scienze Chirurgiche - Emergenza e Accettazione	Dr. Massa Salvatore Dr.ssa Gallo Concetta	Medici, Infermieri, Ostetriche, OSS, Tecnici di radiologia medica
19	PFA	Prevention e Infection Control	5	21/02/2025 14/04/2025 27/06/2025 10/10/2025	UOC Microbiologia e Virologia	Servizi Sanitari	Dr.ssa Annicchiarico Angela Dr.ssa Verrillo Giovanna Dr.ssa Greco Rita	Medici, Biologi, Farmacisti, TSLB, OSS e tutto il personale sanitario
20	PFA	Corso di Formazione Aziendale in Medicina Legale del Lavoro (D.Lgs 81/08)	1	16/04/2024	UOC Medicina Legale	Direzione Sanitaria Aziendale	Dr.ssa Del Prete Arianna Dr.ssa Di Vico Wanda	Tutte le professioni sanitarie

21	PFA	Il consenso di trattamenti sanitari	5	21/03/2025 11/04/2025 09/05/2025 23/05/2025	UOC Medicina Legale	Direzione Sanitaria Aziendale	Dr.ssa Casella Filomena Dr. Mastroianni Valerio	Tutte le professioni sanitarie
22	PFA	Corso di Rianimazione neonatale: linee guida 2020-2025	4	Febbraio Marzo Aprile Maggio	UOC Neonatologia con TIN e TNE	Della salute della Donna e del Bambino	Dr. Bernardo Italo	Pediatrici, Anestesiologi, Ginecologi, Infermieri, Infermieri pediatrici,
23	PFA	Anemie e Multidisciplinarietà: sinergie per una cura completa	1	24/09/2025	UOC Medicina Interna	Scienze Mediche	Dr.ssa Tibullo Loredana	Tutte le figure professionali
24	PFA	UP DATE dell'infermiere in ospedale: Le opportunità e le nuove sfide	2	12/03/2025 15/10/2025	UOC Medicina Interna	Scienze Mediche	Dr.ssa Tibullo Loredana Dr. Meles Antonio	Tutte le figure professionali
25	PFA	Giornate della qualità: Focus compilazione SDO	2		UOC Epidemiologia	Direzione Sanitaria Aziendale	Dr.ssa D'Agostino Federica Dr.ssa Di Palma Valentina	Referenti SDO
26	PFA	L'Informatizzazione del percorso chirurgico	5		UOC Day Surgery Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria Aziendale - Scienze Mediche	Dr. Massa Salvatore Dr.ssa D'Agostino Federica	Medici, Coordinatori infermieristici, Infermieri, Tecnici di
27	PFA	Giornate della qualità: performance's day	2	05/02/2025 19/02/2025	UOC Epidemiologia UOC Controllo di gestione	Direzione Sanitaria Aziendale - Direzione Generale	Dr. Signoriello Umberto Dr.ssa D'Agostino Federica	Direttori UOC, Direttori Dipartimento, Coordinatori,
28	PFA	Corso di Chirurgia vitreo - retinica	1	26/02/2025	UOC Oculistica	Testa - collo	Dr. Piccirillo Valerio	Medici specialisti, ortottisti
29	PFA	BLS-D	6	Dal 1/09/2025	UOC Epidemiologia UOC Cardiologia a dir. Univers.	Direzione sanitaria aziendale - Cardiovascolare	Dr. Calabrò Paolo Dr.ssa D'Agostino Federica	Tutte le professioni
30	PFA	La donazione di organi : Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione e trapianto	1	Giugno	OSOIS	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Giovanna Verrillo Dott.ssa Patrizia Tidona	Medici, Infermieri, Biologi, Tecnici delle professioni sanitarie
31	PFA	Herpes Zoster tra raccomandazioni e bisogni del paziente fragile	1	07/05/2025	OSOIS	Direzione sanitaria aziendale	Dott. Matano Alfredo Dott. Frigeri Ferdinando	Medici, Infermieri, Biologi, Tecnici delle professioni sanitarie e farmacisti

32	PFA	Applicazione nella pratica quotidiana delle procedure per la gestione del rischio clinico	8	24/2/2025 24/3/2025 5/5/2025 14/7/2025 8/9/2025 6/10/2025 10/11/2025 15/12/2025	UOC RISK MANAGEMENT	Direzione sanitaria aziendale	DR.SSA DI VICO WANDA DR. LISI DANILO	Tutti i professionisti sanitari e OSS
33	PFA	Corso di comunicazione assertiva 1° livello	12	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita Dott.ssa Simonova Zuzana	Medici, infermieri
34	PFA	Gestione e prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori	7	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita Dott.ssa Simonova Zuzana	Tutto il personale
35	PFA	Mindfulness: imparare a gestire lo stress e prevenire il burn out	5	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita Dott.ssa Simonova Zuzana	Tutto il personale
36	PFA	Reiki: strumento di supporto nella pratica infermieristica e la cura di se	4	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita Dott.ssa Simonova Zuzana	Tutto il personale
37	PFA	Tecniche per la gestione del tempo per smettere di procrastinare ed avere una migliore qualità di vita	6	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita Dott.ssa Simonova Zuzana	Tutto il personale
38	FAD	Corso Di Formazione Informazione – Aggiornamento per i lavoratori FAD	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale
39	FAD	Corso Di Formazione Informazione – Rischi Generali per lavoratori neo-assunti	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale
40	FAD	Corso Di Formazione Informazione – Rischi Generali per studenti corso di laurea in scienze infermieristiche, TRSM, Ostetricia	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale
41	FAD	Corso Di Formazione Informazione per Dirigenti e Preposti	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale

42	FAD	Corso Di Formazione teorico-pratico – Gestione e prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale
43	FAD	Corso riservato agli operatori della Risonanza Magnetica.	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale
44	FAD	Corso riservato agli operatori di apparecchiature Laser.	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale
45	FAD	Corso di Radioprotezione D.L. 101/2020.	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale
46	FAD	Corso sul Rischio Sismico.	da definire	da definire	UOC MEDICINA PREVENTIVA, DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	Direzione sanitaria aziendale	Dott.ssa Agresti Margherita	Tutto il personale