



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

Deliberazione del Direttore Generale N. 295 del 29/03/2023

Proponente: Il Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: Piano Integrato di attività ed organizzazione (P.I.A.O.) 2023/2025 – Adozione

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 29/03/2023 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

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

UOC AFFARI GENERALI

Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Umberto Signoriello - UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Angela Anecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: Piano Integrato di attività ed organizzazione (P.I.A.O.) 2023/2025 – Adozione

IL DIRETTORE f.f. U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

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

Premesso

- che il Decreto Legge n. 80 del 9.6.2021, convertito con modificazione nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, al fine di " *assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso*" ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che va ad inglobare e, quindi, a sostituire una serie di documenti obbligatori per le pubbliche amministrazioni, come il Piano della Performance, il Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), il Piano Formativo, il Piano triennale del Fabbisogno del personale ed il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- che il D.P.R. 24 giugno 2022, n.81 ha previsto la soppressione degli adempimenti relativi ai documenti summenzionati e sostituiti dal PIAO;
- che il Decreto Ministeriale sottoscritto in data 30.06.2022 dal Ministro della Pubblica Amministrazione di concerto col Ministro dell'Economia e delle Finanze ha introdotto il regolamento che definisce i contenuti del PIAO col relativo *Piano tipo*;
- che tale Decreto, all'art.2, stabilisce la composizione del PIAO, prevedendo che dovrà essere articolato, oltre che nella scheda anagrafica dell'Ente, in tre sezioni: *a) Valore pubblico, Performance e Anticorruzione; b) Organizzazione e capitale umano; c) Monitoraggio*;
- che l'art. 10, co. 11-bis del D.L. 198/2022, convertito nella L.14/2023, ha, tra l'altro, fissato al 31.03.2023 il termine per l'adozione del P.I.A.O.;

Dato atto

- che, con deliberazione n.240 del 17.3.2023, è stata approvata la Direttiva del Direttore Generale anno 2023;
- che la Direttiva contiene, tra l'altro, linee di indirizzo per la costituzione del PIAO;

Deliberazione del Direttore Generale

Rilevato

- che, con deliberazione n.630 del 4.8.2022, è stato costituito il *gruppo di lavoro per le attività necessarie all'elaborazione del P.I.A.O.*;
- che, con nota prot. n.29790 del 17.10.2022, è stato individuato quale referente aziendale delegato dall'AORN, ai sensi del disposto della Circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'ing. Umberto Signoriello, Direttore f.f. UOC Programmazione e Controllo di Gestione;
- che, il predetto gruppo di lavoro, a seguito di numerosi incontri tenutisi negli scorsi mesi, col supporto del dirigente della UOC G.E.F. e della UOC Ingegneria Ospedaliera, nonché del R.S.P.P., ha elaborato una proposta di P.I.A.O., condivisa, da ultimo, a seguito della email inviata dal referente aziendale il 28.3.2023 ai componenti;
- che la proposta di PIAO, come già era prassi per la strutturazione del Piano della performance, è stata rimodulata secondo gli indirizzi individuati dalla Direttiva del Direttore Generale anno 2023;
- che il Piano è stato, altresì, redatto nel rispetto del vigente Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, approvato con deliberazione n.262 del 29.03.2019;
- che il PIAO così strutturato è stato validato dalla direzione strategica aziendale;
- che il PIAO è stato presentato, in più circostanze, al Collegio di direzione per condividerne contenuti ed accogliere proposte;
- che, con particolare riferimento alle attività e obiettivi 2023, è stato oggetto di illustrazioni e condivisione anche con i singoli dipartimenti, come da calendario e verbali, agli atti, sotto riportati:

DIPARTIMENTO	RIUNIONE DEL	VERBALE PROT. N.
Cardio- vascolare	21/03/2023 h 12.00	9015 del 21/03/2023
Salute della donna e del bambino	21/03/2023 h 15.00	9016 del 21/03/2023
Scienze mediche	22/03/2023 h 12.00	9165 del 22/03/2023
Emergenza e accettazione	22/03/2023 h 15.00	9200 del 23/03/2023
Oncologico	23/03/2023 h 12.00	9290 del 23/03/2023
Scienze chirurgiche	23/03/2023 h 15.00	9341 del 24/03/2023
Servizi sanitari	24/03/2023 h 13.00	9446 del 24/03/2023

- che, nella stesura definitiva, è stato oggetto di approvazione nell'incontro del Collegio di direzione del 28.03.2023, come da verbale agli atti prot. n.9883 del 29.3.2023;

Deliberazione del Direttore Generale

- che, l'OIV, più volte coinvolto nella fase di redazione del PIAO, con nota, acquisita al protocollo generale con n.9896 del 29.03.2023, ha comunicato la condivisione della versione definitiva del documento in precedenza trasmessa a mezzo email

Tenuto conto

- che la misurazione e la valutazione delle Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché la crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi di risultato conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento;
- che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative, fino ai singoli dipendenti;
- che il rispetto dei principi in tema di misurazione, di valutazione e trasparenza della performance è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito e alla performance;

Ritenuto

- di dover procedere all'adozione del P.I.A.O. 2023/2025 come allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale;
- di dover, altresì, evidenziare che il documento in adozione è rimodulabile in caso di variazioni dell'assetto organizzativo-funzionale o in caso di assegnazione/individuazione di nuovi obiettivi da raggiungere;

Visti

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

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

PROPONE

1. di adottare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2023/2025 che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Deliberazione del Direttore Generale



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

2. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
3. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, di provvedere alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il "Portale PIAO" del Dipartimento della Funzione Pubblica;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020

insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

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

Acquisiti

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

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara _____

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Anecchiarico _____

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.



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

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) 2023/2025 che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
3. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, di provvedere alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il "Portale PIAO" del Dipartimento della Funzione Pubblica;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

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.



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

Direttore Generale: Gaetano GUBITOSA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025

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





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>	22
<i>Accessibilità per disabili ed over 65</i>	27
<i>Interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento del parco attrezzature elettromedicali - Accelerazione delle procedure</i>	27
<i>Tutela dell’ambiente e green economy</i>	29
2.2 PERFORMANCE	31
<i>Albero della performance</i>	32
2.2.1 <i>Analisi del contesto</i>	33
<i>Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali</i>	34
<i>Analisi del contesto esterno</i>	34
<i>Analisi del contesto interno</i>	35
<i>I dati di attività degli anni precedenti</i>	36
<i>Le attività nell’ambito delle relazioni con il pubblico</i>	42
<i>La gestione dell’esercizio 2022 e l’influenza dell’evento pandemico da covid-19</i>	45
<i>Le prospettive per l’anno 2023</i>	49
2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	50
<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	52
<i>La valutazione della performance individuale</i>	52
2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI	55
<i>Obiettivi strategici assegnati all’Azienda</i>	55
<i>Obiettivi operativi</i>	57
2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE	59
<i>Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane</i>	63
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	64

2.3.1 L'iter di adozione	66
2.3.2 La governance del sistema della prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	67
2.3.3 Valutazione del rischio.....	68
2.3.4 Il trattamento del rischio.....	71
2.3.5 Obbligatorietà delle misure.....	74
2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico.....	74
2.3.7 La trasparenza ex D.Lgs 33/2013 e D.Lgs. 97/2016.....	75
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	80
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	80
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	84
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	90
3.3.1 Piano Aziendale di Formazione	92
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	95
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	95
4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza.....	96
4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile.....	97
4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale	98
Allegati	

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

Componente del GdL (Del. n.630/2022)	Competenze
1. Ing. Umberto Signoriello - Direttore f.f. 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 Appropriatelyzza, epidemiologia, formazione, qualità e performance	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 numerosi incontri tenutisi, il gruppo di lavoro ha elaborato la proposta a base del presente documento.

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

1.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

Chi siamo

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

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

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

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

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

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

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

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

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

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

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

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

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

Cosa facciamo

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

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

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

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", in applicazione dell'Atto aziendale definitivamente approvato con deliberazione n.234 del 17/04/2018, che ha recepito le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018, in coerenza con il DCA 103/2018, nell'attuale configurazione:

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

per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ex Seconda Università) che della Università "Federico II" di Napoli. In esecuzione del D.C.A. n.60 del 15/10/2010, rinnovato successivamente dal D.C.A. n.47 del 10/06/2016, sono stati disciplinati i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (ora "Luigi Vanvitelli"), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria. Per effetto degli stessi, attualmente, nell'Azienda Ospedaliera di Caserta sono previste le seguenti discipline a direzione universitaria:

- Cardiologia, codice disciplina 08;
- Unità Coronarica, codice disciplina 50;
- Malattie Infettive e Tropicali, codice disciplina 24.

Vision

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

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

Principi Ispiratori

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

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

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

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

L'amministrazione "in cifre"

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

Il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.103 del 28.12.2018, "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M.

70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018”, attribuisce a questa Azienda n.613 posti letto, ai quali si sono aggiunti ulteriori 32 posti letto di terapia intensiva ai sensi del DGRC 378/2020, per un totale di 645 posti letto, attualmente non tutti disponibili a causa dei lavori di ristrutturazione ex L.67/88 art. 20 che stanno interessando alcune strutture.

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

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

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

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

L’azienda espleta le proprie attività all’interno di un unico presidio composto da 13 edifici contrassegnati ciascuno da una lettera diversa dell’alfabeto.

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

contorni estremamente rilevanti, in quanto la natura propria di Azienda di Rilievo Nazionale non permetteva di dilazionare risposte di alta specialità, né permetteva di delegare ad altre strutture i compiti propri dall'AO.

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

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2022 è così riassunta:

PERSONALE	Previsti	In servizio	Tempo determinato	posti vacanti
Ruolo Sanitario	1569	1239	21	309
Ruolo Professionale	10	13	0	3
Ruolo Tecnico	340	242	10	88
Ruolo Amministrativo	148	91	3	51
Totale	2067	1585	34	448
Totale DIRIGENZA MEDICA	510	355	8	147
Totale DIRIGENZA SANITARIA	35	30	0	5
Totale DIRIGENZA P.T.A.	24	18	0	6
Totale COMPARTO	1498	1182	26	290

Risorse tecnologiche

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

In termini di grandi impianti, risultano installate:

- N. 3 TC (una 256 slices, una 320 slices, una 16 slices);
- N. 1 RMN;
- N. 4 sistemi per angiografia (tre per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).
- N. 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

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. In particolare, l'Azienda per l'anno 2022 ha affidato alle strutture aziendali competenti specifici obiettivi riguardanti:

- il monitoraggio del benessere organizzativo attraverso somministrazioni di questionari e analisi in focus group;
- il miglioramento della comunicazione all'esterno attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, quali ad esempio, l'aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet, etc.);
- la formazione specifica dei Dirigenti finalizzata ad una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità.

Inoltre, l'Azienda ha provveduto ad affidare alle strutture sanitarie competenti obiettivi specifici, riportati a seguire nel prossimo paragrafo, in grado di definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo.

Sul fronte della tutela delle diversità, l'Azienda ha programmato una serie di interventi mirati alla sensibilizzazione del personale e dell'utenza, anche attraverso la creazione di percorsi dedicati da individuare parallelamente a quelli ordinari. Inoltre, per dare attuazione a quanto programmato sull'argomento, sono stati predisposti anche alcuni percorsi formativi per la sensibilizzazione del personale dipendente. Per esempio, fa parte del piano formativo dell'anno 2023 il corso "Equità in sanità: i modelli, gli strumenti e le pratiche".

L'azienda, inoltre, dal 2022 fa parte del Progetto "ENRICH Project: Enhancing the resilience of italian healthcare and hospital facilities" in convenzione con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II". Il progetto mira a migliorare la resilienza delle strutture sanitarie italiane rispetto all'adattabilità funzionale e alle prestazioni sismiche, con riferimento sia alle strutture immobiliari e tecnologiche, che a quelle organizzative e di gestione delle risorse umane.

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

Infine, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nell'apposita sottosezione dedicata alla performance gli obiettivi assegnati da PTPCT che costituiscono obiettivi per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2023 -2025, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici vengono stabiliti in base agli indirizzi fissati dalla direttiva annuale del Direttore Generale. La direttiva annuale 2023, approvata con deliberazione n.240/2023, oltre a confermare gli obiettivi individuati dalle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (Mantenimento dell'equilibrio economico-Miglioramento della qualità dell'assistenza-Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure-Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali-Ammodernamento tecnologico ed edilizio-Arruolamento e formazione continua del personale), conferma, altresì, gli

obiettivi assegnati al direttore generale contestualmente alla nomina (tra gli altri: mantenimento equilibrio economico; predisposizione e attuazione del nuovo atto aziendale; rispetto dei tempi di pagamento).

Oltre a quelli citati, gli obiettivi prettamente a carattere sanitario fissati dalla direttiva consistono in:

- Efficientamento del Pronto Soccorso
- Potenziamento delle attività onco ematologiche
- Adeguamento e potenziamento delle reti tempo-dipendenti (Rete IMA - Rete ICTUS)
- Potenziamento delle prestazioni di specialistica per l'abbattimento delle liste di attesa
- Procreazione Medicalmente assistita (PMA)
- Iniziative per favorire donazioni di organi e tessuti
- Attenzione al paziente pediatrico
- Introduzione in azienda tecnologie di alta fascia
- Potenziamento Area Servizi
- Implementare l'attenzione al paziente cronico
- Implementare azioni di promozione dell'equità in Azienda

La direttiva, poi, fornisce indicazioni anche per gli obiettivi in materia di Nuovi Sistemi di Garanzia (NSG), flussi informativi, formazione ed aggiornamento tecnologico, edilizia sanitaria, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Per il dettaglio vedasi la stessa direttiva annuale 2023.

Sulla scorta dei indirizzi nazionali, regionali e derivanti dalla direttiva, sono stati definiti gli obiettivi trasversali e quelli organizzativi riassunti nella matrice degli obiettivi allegata al piano ed a cui si rinvia per maggiori dettagli.

Programmazione finanziaria

Il Bilancio Preventivo 2023, è stato adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 830 del 21 ottobre 2022.

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 2023 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 2023, pari ad euro 178.984.200,74 è riferito alle voci sotto indicate:

1 - Contributi in c/esercizio	83.376.203,00
2 - Rettifica contributi c/esercizio per investimenti	-6.155.055,32
3 - Utilizzo f. di quote inutil. contrib. finalizz./vinc. es. prec.	5.718.244,26
4 - Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	90.245.513,16
5 - Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	1.084.928,70
6 - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.019.033,24
7 - Quota Contributi in C/Capitale imputata all'esercizio	3.459.170,63
8 - Incrementi delle Immobilizzazioni per Lavori Interni	0,00
9- Altri Ricavi e Proventi	236.163,07
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	178.984.200,74

La Programmazione dei ricavi si è articolata come segue:

- i contributi in c/esercizio, sulla base della Delibera Regionale di Riparto dell'FSR 2021 n. 410 del 27 luglio 2022, considerato provvisorio per il 2021 e assunto pari nella presente programmazione, ad eccezione del File F, per il quale si è presa in considerazione la Produzione reale cui alla mail della UOC Farmacia del 11 ottobre 2022; di relativa ai primi 9 mesi del 2022, con proiezione lineare su 12 mesi;

- si rappresenta, inoltre, che non sono stati considerati, i ricavi Covid-19 di cui all'Allegato 3 ter (€ 450.851, 94) e Allegato 4 bis (€ 296.414,10), nonché i Contributi Extra Fondo di cui all'Allegato 3 bis (€ 3.320.868,55) del riparto FSR 2021, considerata la straordinarietà degli stanziamenti relativi all'emergenza Covid -19 previsti per gli esercizi 2020 e 2021;
- inoltre, non sono stati inseriti i Ricavi relativi ai Contributi Finalizzati, in applicazione della Nota Regionale PG/2022/0433009 del 5/09/2021;
- le voci di rettifica dei Contributi in c/esercizio, sono state definite sulla base del Piano degli Investimenti, di cui alla Nota Pec del 7 ottobre 2022 della UOC Ingegneria Ospedaliera, per quanto concerne i lavori programmati per il 2023, nonché sulla base dei fabbisogni So.Re.Sa, relativamente agli acquisti di attrezzature sanitarie, di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 720 del 26 settembre 2022, finanziati con Fondi Aziendali.
- l'utilizzo dei Fondi Vincolati e Finalizzati, sulla base delle attività che saranno implementate nel corso del 2023, in attuazione delle Linee Progettuali di cui ai Piani Operativi Regionali;
- i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, nel rispetto dei dati della Manovra Compensativa definita dalla Regione per il 2021 e provvisoriamente per il 2022, assunta pari per il 2023;
- le altre Voci di ricavo sulla base dei dati di Consuntivo 2021 opportunamente corretti per tener conto degli accadimenti gestionali che si presume si verificheranno nell'anno in corso oggetto della presente programmazione.

B) Costi della Produzione

I costi della produzione previsti per il 2023 ammontano ad Euro 173.173.592,08:

<i>Acquisti di beni</i>	41.797.424,12
<i>Acquisti di servizi</i>	28.120.089,51
<i>Manutenzione e riparazione</i>	5.230.352,00
<i>Godimento di beni di terzi</i>	1.654.521,41
<i>Costo del personale</i>	84.056.839,95
<i>Oneri diversi di gestione</i>	1.792.797,09
<i>Ammortamenti</i>	3.475.711,34
<i>Svalutazione dei crediti</i>	42.707,10
<i>Variazione delle rimanenze</i>	0,00
<i>Accantonamenti dell'esercizio</i>	7.003.149,56
<i>COSTI DELLA PRODUZIONE</i>	173.173.592,08

La Programmazione dei costi ha tenuto conto dei fabbisogni So.Re.Sa. di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 720 del 26/09/2022, nonché dei fabbisogni trasmessi dalle singole UU.OO.CC.

Digitalizzazione

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

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

Integrazione Cup Regionale

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

Adesione a portale PagoPA: in linea con quanto richiesto dal D.L. 76/2020, 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:

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

Integrazione con il Fasciolo Sanitario Elettronico

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: Verbali di Pronto Soccorso, Lettere di Dimissione Ospedaliera, Referti di Anatomia Patologica, Referti di Laboratorio di Analisi, Referti di Radiologia, Referti di Specialistica Ambulatoriale. Inoltre, saranno recepiti nella produzione dei sopraccitati documenti i nuovi standard XML/CDA2 che consentiranno un'indicizzazione ed estrazione di metadati utili a modelli previsionali e di indagine statistica.

Nuovo sistema informativo aziendale

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

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

Nell'anno 2023 è prevista la migrazione verso una nuova sistema informativo unico che favorisca l'accesso a tutte le informazioni riguardanti il personale con un sistema di abilitazione

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

Firma Digitale Remota

Nel corso del anno 2022 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 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; tale scelta, rispetto ad una scelta architetturale diversa, elimina potenziali rischi di interruzione dei servizi. In particolare, la configurazione realizzata, progettata per soddisfare i necessari requisiti di affidabilità, è composta da 2 Sale Server, di cui una Primaria ed una di Business-Continuity, ubicate entrambi c/o locali dell'Azienda e un sito remoto in Cloud, per soddisfare le esigenze di Disaster-Recovery, così come richiesto dalla normativa.

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

Banda Ultra Larga

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 che ha raggiunto la velocità di 1 Gbit/s.

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei cittadini

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 2023, 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.

Interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti

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

Nello specifico l'Azienda aderisce al progetto "Wifi Italia"; si tratta di un progetto del Ministero delle Imprese e Made in Italy che ha come obiettivo quello di permettere a tutti i cittadini di connettersi, gratuitamente e in modo semplice tramite l'App dedicata, a una rete wifi libera e diffusa su tutto il

territorio nazionale. Recependo tale obiettivo l'Azienda ha intrapreso lavori di ampliamento della propria rete aziendale (raggiungendo la velocità di 1 Gbit/s) ed adeguamento degli edifici al fine di dotare i reparti, le zone di degenza e gli spazi comuni di antenne Wifi tali da supportare la connessione multiutente e rendere più agevole la permanenza nella struttura per degenti e visitatori.

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

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei dipendenti

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

Nel corso del 2023 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.

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.

Per 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 elettronici ("totem") per la visualizzazione digitale di planimetrie e informazioni relative ai reparti e agli edifici di questa Azienda.

L'accessibilità per disabili è garantita nei vari edifici e reparti attraverso l'impiego di tutte le misure e i dispositivi idonei allo scopo, come la realizzazione di wc per disabili, rampe di accesso e/o scale mobili negli edifici sprovvisti di ascensore (es. edificio B).

Interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento del parco attrezzature elettromedicali - Accelerazione delle procedure

Le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture sono svolte in osservanza del Codice degli Appalti vigente, il D. Lgs. 50/2016, e dei relativi aggiornamenti e semplificazioni (Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77; Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36; Decreto Legge 18 novembre 2022, n. 176). Tali procedure vengono espletate con strumenti digitali, tramite le piattaforme messe a disposizione da Consip (MEPA) e da So.Re.Sa. (SIAPS).

In virtù delle semplificazioni fornite dagli aggiornamenti al Codice degli Appalti si sta predisponendo l'affidamento della progettazione e dell'esecuzione dei "lavori per la demolizione e ricostruzione di

parte degli edifici dell'AORN" sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica realizzato dalla UOC Ingegneria Ospedaliera, per un importo di € 47.300.000,00 finanziato con fondi del PNC nell'ambito del più ampio programma di investimenti del PNRR.

In tale ottica, sono stati finanziati all'A.O.R.N. diversi interventi mirati al potenziamento dei posti letto specifici, secondo il piano previsto dalla DGRC 378/2020, ed in particolare:

- 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; l'installazione di n. 2 nuovi ascensori esterni a servizio dei percorsi di isolamento del Pronto Soccorso e la trasformazione di n. 2 ascensori esistenti in montalettighe; la realizzazione di un tunnel di collegamento tra gli edifici "F" ed "N" al piano seminterrato;
- 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.

Un importante strumento messo in campo dal Governo in questa delicata e particolare fase di gestione emergenziale è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentato dall'Italia, definitivamente approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021 e dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) nel luglio 2021, quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico, che prevede progetti di investimenti ed un ampio programma di riforme che si sviluppano su tre assi strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale), allo scopo di riparare ai danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e avviare un percorso di transizione ecologica ed ambientale.

All'interno del PNRR è prevista la Missione 6 - Salute articolata in due componenti:

- C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria;
- C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

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

condivise a livello regionale, ha previsto interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali mediante l'approvvigionamento di n.2 Tomografi Computerizzati, n.1 Risonanza Magnetica, n.2 Angiografi, n.2 Ecotomografi multidisciplinari, n.1 Ortopantomografo, n.3 Telecomandati radiologici per esami da reparto, n.1 Telecomandato radiologico per esami da PS. In quest'ottica, l'Azienda ha già provveduto ad effettuare interventi di ammodernamento del parco tecnologico Aziendale quali la sostituzione e/o nuova implementazione di n.1 Tomografo Computerizzato, di n.2 telecomandati per esami da reparto e di n.2 telecomandati per esami da PS che saranno oggetto di rimborso mediante i fondi PNRR, per un importo complessivo pari ad € 1.944.677,00 iva inclusa.

L'Azienda, inoltre, è assegnataria dei fondi PNRR per la riqualificazione sismica e ammodernamento dell'Ospedale. La fattibilità tecnica ed economica per l'utilizzo dei fondi previsti dal PNRR si è materializzata con la Deliberazione n. 935 del 23/12/2021 con cui è stato approvato il "Progetto per la demolizione e ricostruzione parziale degli edifici dell'AORN di Caserta". Con tale atto si è avviato un articolato percorso che ha visto l'approvazione di diversi ulteriori atti e che è in piena fase di sviluppo ed attuazione, il cui completamento è previsto entro il 2026.

In data 08/02/2022 si è tenuta la conferenza dei servizi, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 241/90, per l'ottenimento dei nulla osta di fattibilità per l'intervento in questione. Allo stato, sono in corso le procedure di affidamento dei servizi tecnici e per l'esecuzione dei lavori.

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 una centrale di trigenerazione in

luogo delle attuali centrali di produzione dell'energia. Inoltre, 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 di veicoli elettrici.

2.2 PERFORMANCE

La presente sottosezione 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 Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, adottato con deliberazione n. 262 del 29/03/2019, 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 all'art.10 del "Regolamento di Amministrazione e Contabilità", approvato da questa A.O.R.N. con deliberazione n. 383 del 14 giugno 2018; esso rappresenta l'evoluzione di due altri documenti, uno con funzione di programmazione (la Direttiva annuale del Direttore Generale) e l'altro di sintesi (la Relazione Sanitaria);
- 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:

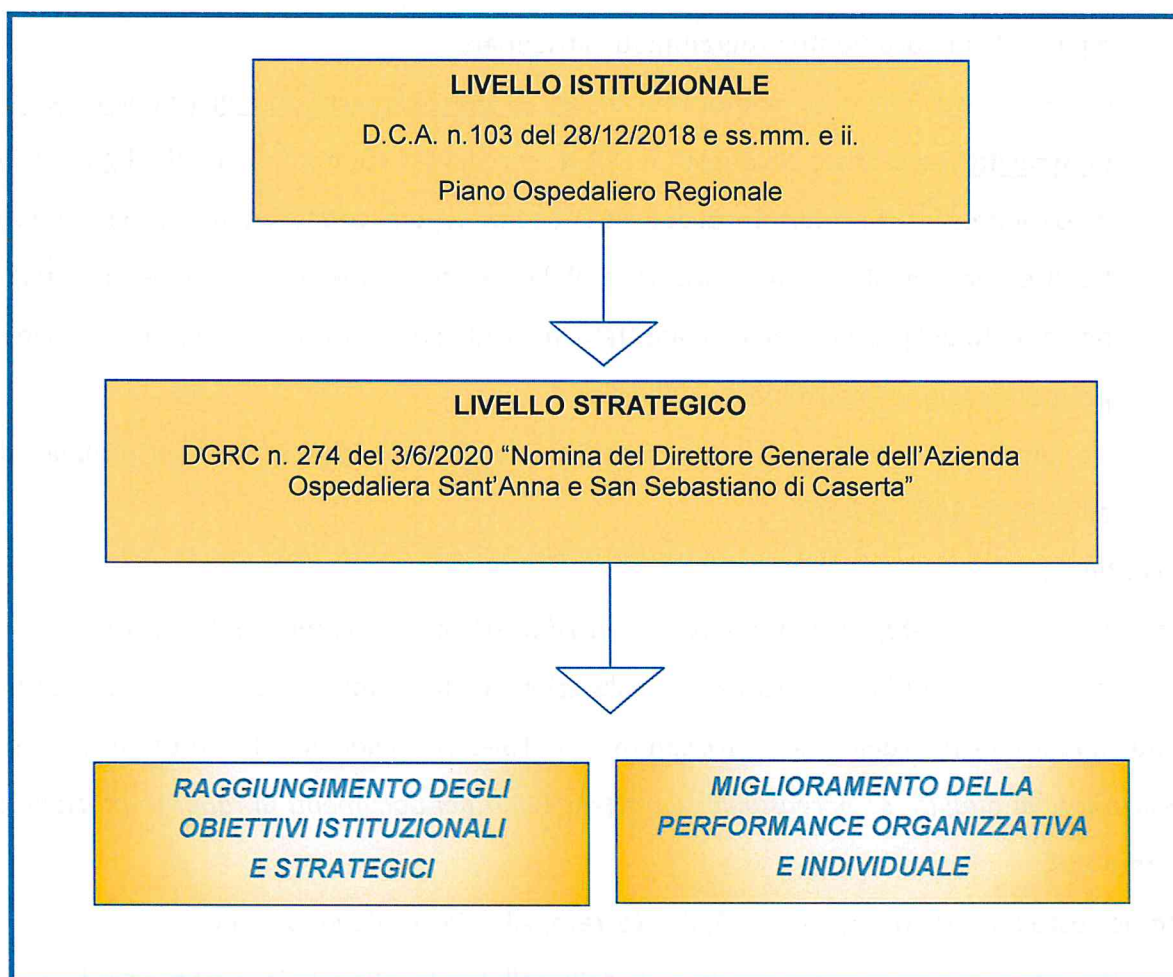
- I. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- II. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- III. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi 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 del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento e che verranno esplicitate negli appositi paragrafi.

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

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

2.2.1 Analisi del contesto

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

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

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

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

Analisi del contesto esterno

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

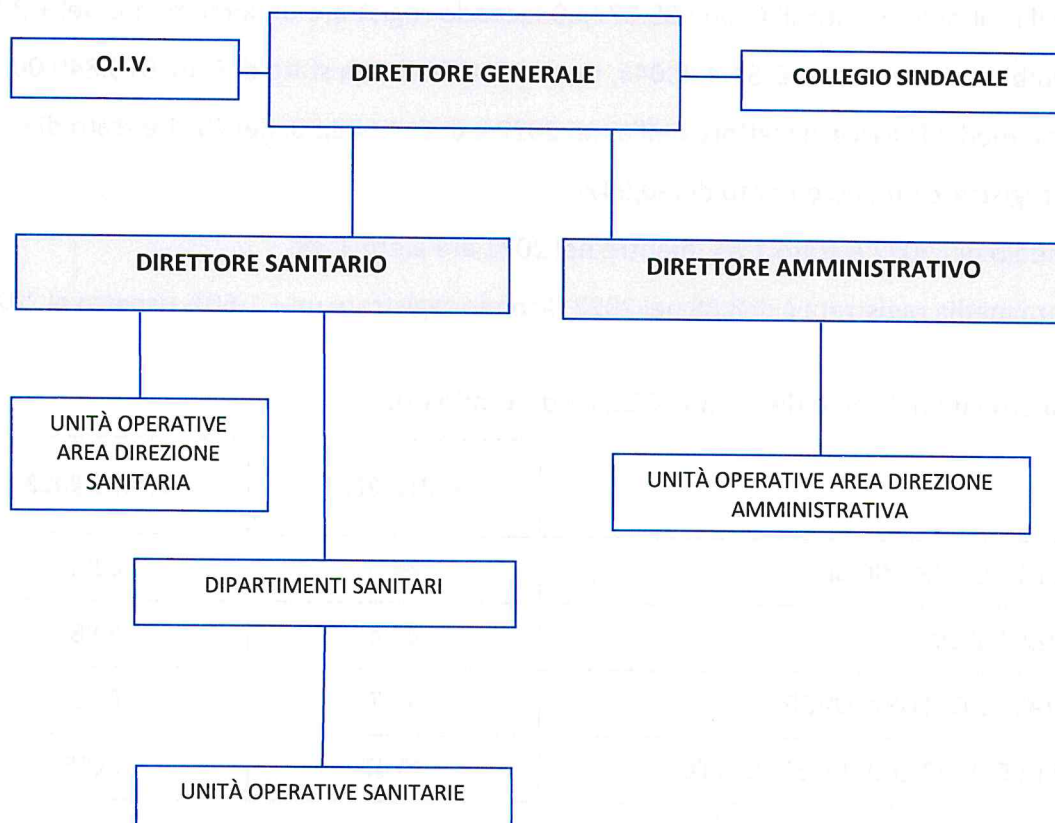
L'attività, quindi, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la provincia di Caserta.

Analisi del contesto interno

Il blocco del turn over e le altre misure imposte dall'esigenza di contenimento della spesa di personale (blocco della mobilità, rideterminazione dei fondi contrattuali, limiti alle prestazioni aggiuntive, ecc.) hanno pesantemente inciso 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 adottato con deliberazione n. 234 del 17/04/2018.

ORGANIGRAMMA GENERALE



I dati di attività degli anni precedenti

Sebbene, di norma, i dati vengano riferiti all'esercizio precedente all'anno appena conclusosi e, quindi, in questo caso, all'anno 2021, avendo già la disponibilità dei dati relativi al IV Trimestre dell'esercizio dell'anno 2022, anche se non ancora consolidati e, quindi, suscettibili di lievi aggiustamenti, si riporta, a seguire, l'analisi dei dati di attività relativa agli anni precedenti:

A) REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) REGIME DI RICOVERO DH/DS

L'analisi effettuata evidenzia quanto segue.

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

C) RIEPILOGO TOTALE

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

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

D) ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Per questa categoria, i dati dell'esercizio 2022, confrontati con quelli dell'anno precedente, sono i seguenti:

Unità Operative	Flusso informativo Anno 2022			Flusso informativo Anno 2021		
	N Prestazioni	Prest. Equivalenti	Tot. Imp. Prest	N Prestazioni	Prest. Equivalenti	Tot. Imp. Prest
ANATOMIA PATOLOGICA - SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	3.373	21.517	111.028	362	1.364	7.038
ASSIST. NEONATALE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	168	1.058	5.458	91	574	2.961
CAMERA IPERBARICA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.538	22.408	115.627	737	5.098	26.305
CARD. CLINICA UNIV - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	600	2.422	12.500	1.368	4.624	23.858
	1	2	12			
CARDIOCHIRURGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	426	1.541	7.952	369	1.477	7.623
CARDIOLOGIA E RIAB - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	9.773	49.318	254.483	9.595	51.549	265.994
				284	1.774	9.156
CH D'URGENZA-TRAUM - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	52	42	218	125	97	501
CHIRURGIA MAXILLO ODONTOST. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.323	5.259	27.134	1.279	4.898	25.272
CHIRURGIA GENERALE WEEK SURG. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.376	4.406	22.734	1.447	4.996	25.780
				2	5	26
CHIRURGIA VASCOLARE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	925	3.617	18.663	883	3.176	16.391
DAY SURGERY - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	284	4.529	23.372	393	15.062	77.717
DERMATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.050	12.221	63.063	2.978	9.725	50.180
ELETTROSTIMOLAZ. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.949	11.900	61.404	2.978	11.993	61.883
				6	20	105
FISIOPAT. EPATICA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.020	4.034	20.815	1.184	3.954	20.402
GASTROENTEROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.503	18.869	97.363	2.707	19.705	101.676
GERIAT. ENDOC. RIC. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	643	1.978	10.208	1.522	4.783	24.679
OSTETRICIA E GINEC. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.889	7.772	40.105	105	507	2.618
IMMUNOEMATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	3.294	19.627	101.275	2.780	14.309	73.836
MALATTIE INFETTIVE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.866	9.007	46.478	3.169	10.302	53.157
MEDICINA D'URGENZA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	542	1.796	9.268	488	1.750	9.028
MEDICINA INTERNA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	5.809	18.535	95.640	4.749	15.003	77.414
MEDICINA RIABILIT. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	183	709	3.657	199	756	3.902
NEFROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	6.082	115.638	596.692	5.763	107.994	557.249
NEONATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	214	1.281	6.608	225	1.361	7.021
NEUROCHIRURGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.541	5.673	29.272	1.480	5.287	27.282
NEUROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.355	14.380	74.199	5.134	18.814	97.082
OCULISTICA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	5.803	51.849	267.542	8.842	97.314	502.141
ONCOEMATOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	5.132	17.860	92.157	4.774	16.951	87.469
ONCOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.480	7.631	39.374	2.682	8.293	42.790
ORL - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.676	14.986	77.330	4.143	14.266	73.614
ORTOPEDIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	4.918	16.608	85.695	5.251	25.084	129.436
OSTETRICIA E GINEC. - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.504	10.556	54.468	2.266	10.959	56.546
LABORATORIO ANALISI - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	61.162	68.824	355.130	47.333	65.898	340.032
PEDIATRIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.232	4.317	22.275	1.083	3.758	19.389
PNEUMOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.741	14.176	73.147	3.754	19.223	99.193
RADIOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	6.838	78.322	404.141	5.036	58.126	299.928
SENOLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	1.425	4.176	21.547	1.471	4.394	22.675
STROKE UNIT - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	351	2.202	11.363	44	279	1.440
TERAPIA DEL DOLORE - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.615	6.303	32.524	358	1.721	8.878
UROLOGIA - AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	2.302	11.709	60.416	2.206	11.093	57.241
Totale	156.472	650.138	3.354.710	145.068	690.334	3.562.125

Nota: fonte dati CUP - programma Virgilio Web Hospital – Piattaforma C.U.P. regionale (dal 16 maggio)

E) ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Per il pronto soccorso, i dati dell'esercizio 2022, confrontati con quelli degli anni precedenti, sono riportati a seguire.

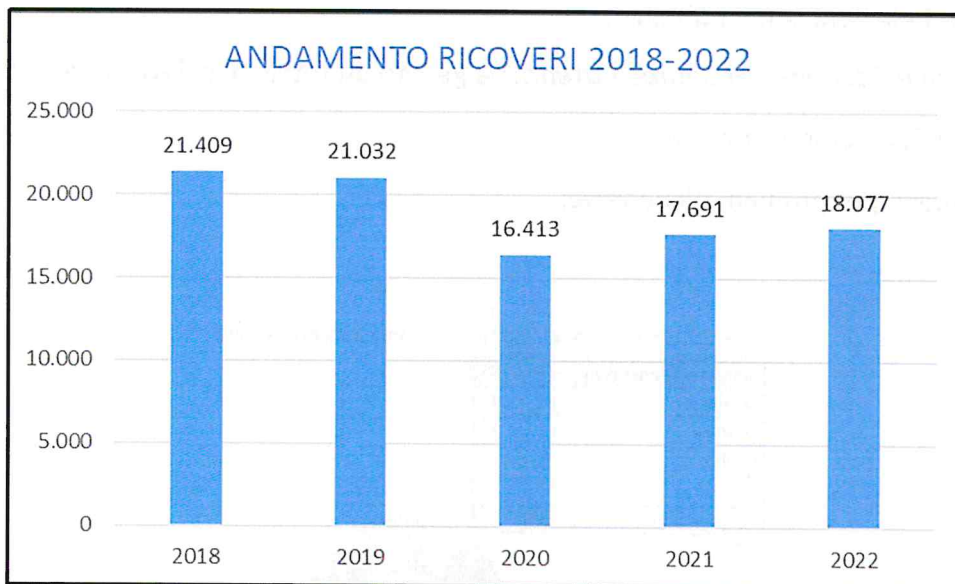
DATI COMPLESSIVI P.S. ANNO 2022 (GENERALE+PEDIATRICO+GINECOLOGICO)														Anno 2021
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	TOTALE	Anno 2021
Trasferimento OBI in Pediatria			1		1	1				-	-	-	3	8
Deceduto in PS	17	8	24	13	16	8	13	11	12	12	10	18	162	153
Inserito per errore	22	26	19	33	32	21	27	23	23	-	-	-	226	364
Trasferito	38	28	28	49	58	49	59	32	60	52	42	66	561	408
Trasferim. OBI Ostetricia	64	48	44	59	62	73	71	78	77	-	-	-	576	591
Abbandono prima della visita	88	144	213	252	299	296	217	243	275	-	-	-	2.027	1.656
Rifiuta Ricovero	236	254	288	336	340	311	330	347	387	340	367	430	3.966	2.777
Abbandono in corso accertamenti	286	308	349	402	493	444	446	522	459	402	464	456	5.031	3.925
Ricoverato	724	722	717	698	720	702	720	710	782	672	727	798	8.692	8.404
Dimissione Domiciliare	644	594	866	958	1179	1.026	979	796	837	1.429	1.502	1.728	12.538	5.658
Dimissione Ambulatoriale	2174	2079	2447	2524	2723	2.793	2.660	2.913	2.844	1.773	2.010	2.118	29.058	30.984
TOTALE ACCESSI	4.293	4.211	4.996	5.324	5.923	5.724	5.522	5.675	5.756	4.680	5.122	5.614	62.840	54.928
Nero	8	6	20	13	11	8	11	10	7	6	10	18	128	121
Rosso	50	42	47	34	53	37	35	33	51	39	38	45	504	621
Giallo														701
Non Eseguito	39	97	95	95	84	80	62	70	78	-	-	-	700	1.172
Azzurro	284	271	362	402	356	383	415	429	443	369	417	500	4.631	3.099
Arancione	407	439	454	416	475	384	459	436	475	413	410	468	5.236	4.200
Bianco	869	851	1154	1127	1373	1.449	1.344	1.417	1.293	993	1.099	1.052	14.021	12.307
Verde	2636	2505	2864	3237	3571	3.383	3.196	3.280	3.409	2.860	3.148	3.531	37.620	32.707
TOTALE ACCESSI	4.293	4.211	4.996	5.324	5.923	5.724	5.522	5.675	5.756	4.680	5.122	5.614	62.840	54.928

Nell'anno 2022 gli accessi complessivi registrati sono risultati complessivamente pari a 62.840; nel 2021 erano stati 54.928; nel 2020, per effetto della pandemia, erano stati 48.407, mentre nel 2019 gli accessi erano stati 77.513.

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

	DATI PRONTO SOCCORSO GENERALE		DATI PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO		DATI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	
	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021
Trasferimento OBI in Pediatria	0		0		3	8
Deceduto in PS	162	153	0		0	
Inserito per errore	201	336	14	10	11	18
Trasferito	485	356	0		76	52
Trasferim. OBI Ostetricia	12	7	564	584	0	
Abbandono prima della visita	1.995	1.617	27	35	5	4
Rifiuta Ricovero	3.340	2.254	136	125	490	398
Abbandono in corso accertamenti	4.837	3.812	144	78	50	35
Ricoverato	6.684	6.771	1.400	1.179	608	454
Dimissione Domiciliare	3.703	3.567	1.595	1.617	7.240	474
Dimissione Ambulatoriale	26.030	24.521	2.623	2.244	405	4.219
TOTALE ACCESSI	47.449	43.394	6.503	5.872	8.888	5.662
Nero	129	121	0		0	
Rosso	499	617	1	2	4	2
Giallo		667		31		3
Non Eseguito	696	1.156	2	1	6	15
Azzurro	4.446	2.903	155	133	66	63
Arancione	5.195	4.108	46	76	11	16
Bianco	10.778	9.576	375	446	2.910	2.285
Verde	25.706	24.246	5.924	5.183	5.891	3.278
TOTALE ACCESSI	47.449	43.394	6.503	5.872	8.888	5.662

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



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

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



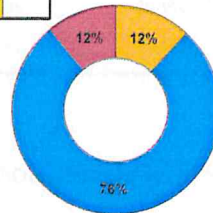
Le attività nell'ambito delle relazioni con il pubblico

Nell'anno 2022 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp):

- Nel settore **Relazioni con il Pubblico**:
 - **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.878 contatti, di cui:
 - n.528 per informazioni
 - n.350 per problematiche varie;

URP
CONTATTI UTENTI GENNAIO - DICEMBRE 2022 / MODALITÀ DI CONTATTO

MODALITÀ DI CONTATTO	N°	%
VERBALE	103	12
TELEFONO	671	76
EMAIL	63	12
PEC	41	
TOTALE CONTATTI	878	



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

sono state raccolte e gestite un totale di:


- n.15 reclami scritti, per un totale di n.25 segnalazioni;
- n.22 elogi scritti, per un totale di n.27 segnalazioni di merito.

Nell'anno 2022 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;
 - ❖ 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.
- Nell'ambito dell'area di attività **Comunicazione Istituzionale - Redazione delle Informazioni al Cittadino** ha curato la redazione delle informazioni direttamente indirizzate ai cittadini sulle attività dell'Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso:
- ❖ producendo e/o aggiornando all'occorrenza i contenuti informativi di pertinenza della Carta dei Servizi, articolata in *sezioni*, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in *paragrafi* tematici:
 - L'AZIENDA OSPEDALIERA
 - L'OSPEDALE: STRUTTURE, ASSISTENZA, SERVIZI
 - GLI AMBULATORI
 - LA COMUNICAZIONE, LA TUTELA, LA PARTECIPAZIONE
 - L'AREA DIDATTICA E FORMATIVA

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

- ❖ aggiornando, all'occorrenza, per la pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), le informazioni di carattere logistico, con interventi sulla sezione Mappa Ospedale che contiene gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità operative distribuite per piano di ubicazione, e sulla sezione riferita agli elenchi delle Unità operative, distinte in Uoc e Uosd, con indicazione dei relativi Direttori / Responsabili, edificio e piano di ubicazione;
- ❖ aggiornando e modificando le seguenti schede informative, pubblicate sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it):
 - "Richiesta e ritiro della copia della cartella clinica";
 - "Prestazioni di Pronto Soccorso soggette a pagamento";
- ❖ elaborando, in occasione dell'adesione del Cup dell'AORN di Caserta al Cup unico della Regione Campania, un avviso agli utenti ambulatoriali destinato sia alla pubblicazione sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) sia all'affissione nella sala di attesa del Cup e negli spazi riservati agli ambulatori;
- ❖ aggiornando e implementando le seguenti locandine informative, destinate all'affissione nella sala di attesa del Cup (( edificio B):
 - "Ambulatori istituzionali: modalità di prenotazione";
 - "Ambulatori istituzionali: modalità di accesso, accettazione e pagamento ticket";
 - "Ambulatori in libera professione intramuraria: modalità di prenotazione";
 - "Ambulatori in libera professione intramuraria: modalità di accesso, accettazione e pagamento ticket".

La gestione dell'esercizio 2022 e l'influenza dell'evento pandemico da covid-19

La gestione dell'esercizio 2022 è stata caratterizzata dalla conclusione del periodo emergenziale da Covid-19 al 31/3/2022 e dal ritorno ad una gestione ordinaria delle attività, sebbene per alcuni mesi sia stata conservata la dotazione di posti letto dedicati ai pazienti affetti da Covid.

La gestione dell'esercizio 2021, come anche quella dell'anno precedente, era stata fortemente caratterizzata dall'evento pandemico che, nelle sue ondate, ha continuato a stravolgere le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

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. Ad oggi i posti letto dedicati ai pazienti Covid sono ridotti a poche unità, essendo state create all'interno dei vari reparti di ricovero delle "bolle" con posti letto dedicati ai pazienti affetti dal virus.

Di seguito si riportano tutti gli interventi posti in essere, come meglio descritti nella relazione del direttore sanitario, negli anni 2020 e 2021 e 2022.

Anno 2020

1. Riorganizzazione delle attività ospedaliere in recepimento alla D.G.R.C. n.304 del 16.06.2020 la UOC esplicitata nella Deliberazione N. 19 del 26/06/2020 avente ad oggetto: "Emergenza covid-19 — Riorganizzazione delle attività ospedaliere in recepimento della D.G.R.C. n.304 del 16.6.2020" con la quale, si è data continuità alle attività già svolte, nonché alla formalizzazione della composizione del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie;
2. Ampliamento del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie ad altre figure per attività di gestione specifiche; affidamento del Coordinamento del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie;
3. Deliberazione N. 45 del 09/07/2020 EMERGENZA COVID-19 — DELIBERAZIONE N. 19 DEL 26/06/2020. INTEGRAZIONE;
4. Elaborazione ed adozione del "Piano Aziendale per la Sicurezza Anticontagio" e del "Protocollo di Screening per l'Accesso alle Prestazioni dell'A.O.R.N.". proposti con Deliberazione N. 56 del 15/07/2020;
5. Attivazione della Struttura Modulare di Terapia Intensiva per il ricovero di pazienti Covid

6. Riorganizzazione attività di ricovero: nota prot. 0029237/i del 07/10/2020 emergenza covid-19 — con la quale si è provveduto a mettere in atto azioni volte alla riorganizzazione delle attività assistenziali in considerazione dell'emergenza da covid 19;
7. Piano organizzativo funzionale per la gestione del paziente covid positivo nell'AORN di Caserta nelle fasi previste dalla DGRC n. 304 del 16.6.2020 e dalla DGRC n. 378 del 27.7.2020 con deliberazione n. 157 del 10-08-2020;
8. Raccomandazioni per la sorveglianza sanitaria del personale: nota prot. 0024528/i del 18/08/2020 emergenza covid-19 presa atto dell'ordinanza Regione Campania n.68 del 12.08.2020;
9. Rimodulazione attività sanitaria: nota prot. 0030464/i del 19/10/2020 emergenza covid-19;
10. Stesura e adozione Piano Vaccinale anti-sars-cov2/covid-19 per il personale dell'AORN di Caserta con Deliberazione n. 477 del 23-12-2020 e supporto all'allestimento e alla segnaletica dei percorsi di accesso, osservazione e uscita dal centro vaccinale;
11. Elaborazione protocolli per la dimissione in sicurezza del paziente covid-19 positivo con predisposizione della modulistica e del flusso informativo (Asl/sep/Regione) con Circolare prot. 31355 e 31148/2020.

Anno 2021

1. Direttive con le quali è stata stabilita la ripresa delle attività di elezione e di specialistica ambulatoriale ai sensi della nota prot. 2960 del 10.12.2020 de11'Unità di Crisi: nota prot. 0003768/i del 02/02/2021; nota prot. 0011750/i del 09/04/2021;
2. Protocolli con i quali si è provveduto a riorganizzare il modello di accesso al ricovero chirurgico programmato: nota prot. 011748/i del 09/04/2021;
3. Disposizioni e norme in tema di Accesso dei visitatori nelle strutture assistenziali dell'AORN ai sensi del DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n. 105- Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche Art. 4. Modifiche al decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52 e identificazione delle relative responsabilità di effettuazione dei controlli e di verifica nota prot. 0023564/i del 09/08/2021;

4. Percorsi chirurgici, ostetrici e interventistici per pazienti covid-19 positivi con deliberazione n. 726 del 08-10-2021 e percorsi per specifiche tipologie assistenziali del paziente COVID + (emodinamica, ostetricia, dialisi);
5. Disposizioni e norme per la sorveglianza del personale, dei contatti a rischio, della quarantena del personale sanitario e del fine isolamento;
6. Protocollo Dimissione protetta Paziente COVID-19 positivo "Clinicamente Guarito" a strutture dell'ASL Caserta individuate come COVID Resorts in attesa di negativizzazione del Tampone NF — istruzioni operative;
7. Protocollo per la dimissione in sicurezza del paziente Covid positivo e Protocollo per il trasferimento al Covid Hospital Nota prot. n 35821/i del 31/12/2021 I ;
8. Elaborazione della programmazione straordinaria dopo le prime fasi dell'emergenza pandemica per il recupero delle liste d'attesa di ricoveri chirurgici e di specialistica ambulatoriale in recepimento alla DGRC 620 del 29/12/2020 proposta con Deliberazione N. 527 del 29/06/2021 e aggiornata ai sensi del DGRC n. 353 del 04/08/2021 con Deliberazione N. 710 del 29/09/2021;
9. Elaborazione di un percorso per la gestione operativa in sicurezza della salma con possibile, probabile o confermata infezione da SARS CoV-2 proposto con Deliberazione N. 240 del 18/03/2021.

Anno 2022

L'anno 2022, come detto, ha segnato un brusco rallentamento sul piano della diffusione del Covid-19 e, quindi, sulla richiesta di trattamenti sanitari dedicati. Tuttavia, le attività dedicate a pazienti affetti dal virus sono comunque risultate necessarie, sebbene in numero molto inferiore rispetto agli anni precedenti.

Nelle tabelle che seguono può essere riassunta, in maniera sintetica, la produzione registrata nell'anno 2022 per le attività sostenute a fronte dell'assistenza Covid e una quantificazione dei rimborsi relativi per codice NSIS Covid_19:

ATTIVITA' COVID 2022

COD.	UNITA' OPERATIVE	Nr. Casi Dimessi SDO	Ricoveri 0/1 gg	Rimborso TOTALE	Rimborso medio per caso	Giornate di Degenza	Deg. Media	Peso Medio
0701	CARDIOCHIRURGIA	2	1	38.491,00	19.245,50	58	29,00	4,73
0801	CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC	17	0	136.203,00	8.011,94	459	27,00	1,66
0802	CARDIOLOGIA DIREZIONE UNIV. CON UTIC	1	0	8.128,00	8.128,00	11	11,00	2,24
0806	CARDIOLOGIA COVID	17	0	124.886,00	7.346,24	377	22,18	1,93
0903	CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI	3	0	12.752,00	4.250,67	90	30,00	1,10
0906	CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA	7	0	46.608,00	6.658,29	161	23,00	1,75
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E	7	1	41.986,00	5.998,00	79	11,29	1,64
2101	GERIATRIA	38	0	211.662,00	5.570,05	1044	27,47	1,33
2401	MAL. INFETTIVE E TROPICALI A DIR. UNIV.	7	1	26.263,00	3.751,86	145	20,71	0,89
2403	MALATTIE INFETT.E TROP. A DIR. UNIV. COVID	57	2	230.791,00	4.048,96	1039	18,23	1,18
2601	MEDICINA INTERNA	32	1	146.103,00	4.565,73	778	24,31	1,15
2604	OSSERVAZIONE MEDICO CHIRURGICA COVID	48	5	159.779,00	3.328,73	436	9,08	1,05
2605	MEDICINA 1 COVID	33	1	159.562,00	4.835,21	618	18,73	1,32
2901	NEFROLOGIA E DIALISI	17	0	74.958,00	4.409,29	332	19,53	1,27
3001	NEUROCHIRURGIA	8	0	67.271,00	8.408,88	196	24,50	2,11
3201	NEUROLOGIA	5	1	16.630,00	3.326,00	44	8,80	1,21
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	38	2	256.697,00	6.755,18	719	18,92	1,73
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIR. UNIV	24	5	30.305,00	1.262,71	96	4,00	0,49
3703	OSTETRICIA E GINECOLOGIA COVID 19	60	12	83.064,00	1.384,40	199	3,32	0,53
3901	PEDIATRIA	5	0	7.689,00	1.537,80	37	7,40	0,63
3902	PEDIATRIA COVID	18	0	29.055,00	1.614,17	70	3,89	0,39
4301	UROLOGIA	6	0	39.550,00	6.591,67	130	21,67	1,54
4901	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	1	7.401,00	3.700,50	28	14,00	2,11
4905	TERAPIA INTENSIVA DIP. CARDIO - VASCOLARE	3	0	61.991,00	20.663,67	92	30,67	5,18
5001	UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	1	0	4.018,00	4.018,00	16	16,00	1,30
5101	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	8	0	102.643,00	12.830,38	199	24,88	3,10
5801	GASTROENTEROLOGIA	29	1	99.362,00	3.426,28	572	19,72	1,00
6201	NEONATOLOGIA 2° LIVELLO	2	0	1.304,00	652,00	9	4,50	0,26
6203	NEONATOLOGIA COVID	1	0	5.768,00	5.768,00	18	18,00	2,12
6401	ONCOLOGIA MEDICA	2	1	6.188,00	3.094,00	27	13,50	0,89
6601	EMATOLOGIA AD IND. ONCOLOGICO	14	3	98.657,00	7.046,93	249	17,79	2,01
6801	PNEUMOLOGIA- FISIOPATOLOGIA RESP.	14	0	63.829,00	4.559,21	338	24,14	1,41
7302	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE COVID 19	6	0	50.604,00	8.434,00	104	17,33	2,10
9468	PNEUMOLOGIA SEMI INTENSIVA COVID	107	5	1.022.880,00	9.559,63	1611	15,06	2,58
TOTALE		639	43	3.473.078,00	5.435,18	10381	16,25	1,47

Le prospettive per l'anno 2023

Le attese per la gestione dell'Azienda nell'anno 2023 saranno presumibilmente non più condizionate dall'evoluzione del quadro pandemico complessivo ed a livello locale.

Infatti, tenuto conto dell'andamento dei contagi registrato negli ultimi mesi e delle previsioni degli esperti, la diffusione dei contagi da Covid 19 non dovrebbe condizionare ulteriormente la gestione complessiva come negli anni precedenti, consentendo un ritorno, praticamente generalizzato, alla gestione ordinaria dell'azienda. Tuttavia, data la varietà e l'imprevedibilità dei possibili scenari futuri, occorrerà tenere una vigile attenzione e, laddove le condizioni lo richiederanno, procedere a futuri e progressivi adattamenti di questo piano alle varie mutazioni delle condizioni al contorno che potranno caratterizzare l'evoluzione dei vari fattori nel corso dell'anno 2023.

In generale, le prospettive di cui tener conto per l'anno 2023 sono in linea con le previsioni della direttiva del direttore generale adottata con deliberazione n.240 del 17.3.2023. Per il dettaglio, si veda il successivo 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 2023, confrontati con i dati dell'anno precedente – deliberazione n.830 del 21 ottobre 2022 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

Valore della produzione	Previsionale 2023	Previsionale 2022
A.1) Contributi in c/esercizio	83.376.203,00	87.236.892,33
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.155.055,32	-2.271.210,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	5.718.244,26	750.000,00
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	90.245.513,16	78.909.347,88
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.084.928,70	849.079,64
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.019.033,24	1.355.000,00
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.459.170,63	3.102.975,64
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00
A.9) Altri ricavi e proventi	236.163,07	151.676,05
Totale valore della produzione (A)	178.984.200,74	170.083.761,54
Costi della produzione	Previsionale 2023	Previsionale 2022
B.1) Acquisti di beni	41.797.424,12	37.513.247,23
B.2) Acquisti di servizi	28.120.089,51	22.090.559,41
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.230.352,00	4.770.899,55
B.4) Godimento di beni di terzi	1.654.521,41	1.191.444,95
Totale Costo del personale	84.056.839,95	85.746.478,23
B.9) Oneri diversi di gestione	1.792.797,09	1.794.439,47
Totale Ammortamenti	3.475.711,34	3.124.272,83
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	42.707,10	51.000,00
B.13) Variazione delle rimanenze	0	2.480.303,54
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	7.003.149,56	5.462.829,90
Totale costi della produzione (B)	173.173.592,08	164.225.475,11
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-12.608,20	-12.500,00
Totale imposte e tasse (Y)	5.798.000,46	5.845.786,43
RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0

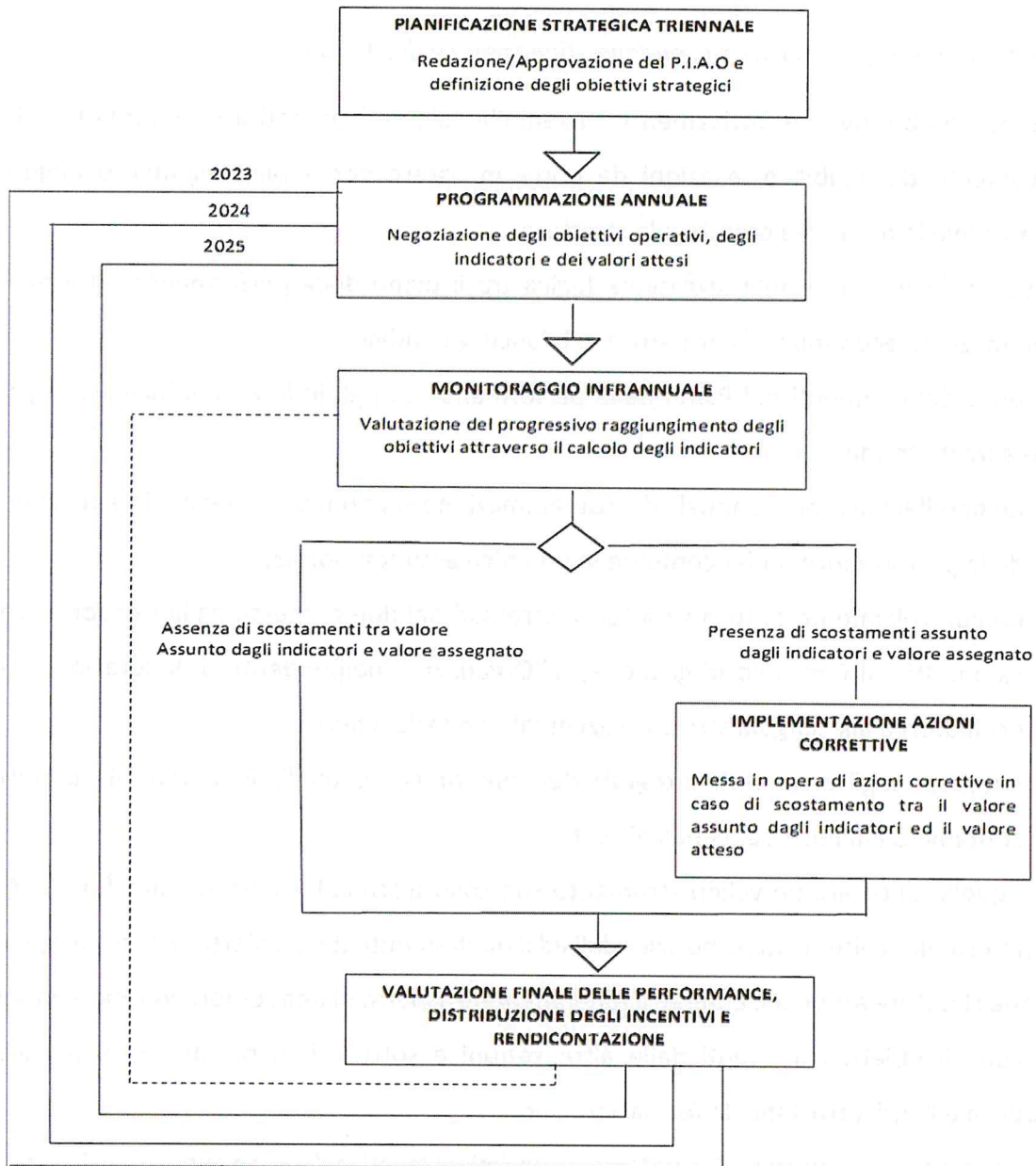
L'Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2023.

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 (negoziante 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, in precedenza la valutazione era limitata alla sola dirigenza.

Per il personale di comparto non era previsto nessun 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 o questionari specifici 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 assegnati all'azienda e quelli programmati dalla direzione strategica come desunti anche, in parte, dalla Direttiva 2023 adottata con deliberazione n.240 del 17.3.2023.

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.

Le indicazioni di massima sugli obiettivi da perseguire nell'anno in corso sono definiti nella direttiva del direttore generale per l'anno 2023 pubblicata con deliberazione n.240 del 17.03.2023 a cui si rimanda per il dettaglio.

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

delle reti assistenziali; Ammodernamento tecnologico ed edilizio; Arruolamento e formazione continua del personale), anche i cosiddetti **obiettivi di carattere generale** assegnati al direttore generale con D.G.R.C. n.274 del 3.6.2020 che vengono riportati qui di seguito:

- a) *gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;*
- b) *il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- c) *la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;*
- d) *l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);*
- e) *la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;*
- f) *il rispetto dei tempi di pagamento.*

Con la stessa deliberazione di Giunta vengono assegnati gli **obiettivi specifici di natura preliminare** che sono così articolati:

- a) *erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA), nonché dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;*
- b) *rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramuraria;*
- c) *continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.*

Inoltre, sempre la medesima deliberazione regionale assegna, all'allegato 1, gli **obiettivi tematici** riportati di seguito:

- *Percentuale di ricoveri ordinari con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici < 25%;*
- *Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico: rif. 1,4 giorni;*
- *Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia <=20%;*
- *Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM;*
- *Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO.*

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 alle previsioni della Direttiva 2023 del Direttore generale adottata con deliberazione n.240 del 17.3.2023; sono, altresì, integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

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

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

Area dell'Efficacia e dell'Appropriatezza: operare scelte più efficaci e appropriate nell'ambito dell'utilizzazione dei supporti diagnostici e terapeutici per ogni singolo paziente o categoria di pazienti. Il riferimento specifico riguarda la definizione e l'applicazione di percorsi diagnostico-

terapeutici ed assistenziali ovvero l'adozione di linee guida prodotte all'interno della azienda da organismi istituzionali e professionali.

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

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

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

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

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

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

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

misurazione e valutazione della performance in modo da mantenere invariato il valore di 75/100 per i comportamenti organizzativi, e 25/100 gli obiettivi individuali, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale – deliberazione n.262/2019.

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

Il dettaglio degli obiettivi che comprende anche gli operativi specifici assegnati alle diverse UU.OO. sanitarie dell'azienda è riportato nell'apposito prospetto allegato al presente piano.

La UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance provvederà, dopo l'approvazione del presente piano, all'atto dei monitoraggi intermedi e, in ogni caso, al termine dell'anno di riferimento, ad inviare a ciascuna U.O. le schede di competenza, appositamente predisposte che prevedono una relazione in merito a ciascuno dei singoli obiettivi da parte del dirigente/responsabile.

In allegato al presente piano, poi, come detto, è riportata la matrice degli obiettivi aziendali che contempla tutti gli obiettivi, distinti per U.O., assegnati dall'azienda.

2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

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

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

1. Valorizzazione dei risultati di struttura;

2. Valorizzazione dei comportamenti organizzativi individuali.

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

In base al vigente SMVP, la valorizzazione dei risultati conseguiti a livello di struttura può essere formalizzata con un punteggio massimo $V_1=75$ punti.

Per ciascuna U.O. si misurerà ognuno degli obiettivi assegnati (come da matrice degli obiettivi allegata), sommando i punteggi e ragguagliandoli in 75^{esimi} secondo la seguente formula:

$$k = \frac{\sum_{i=1}^n (P_i)}{P_{max}} \times 75$$

dove

n = numero obiettivi assegnati

P_i = punteggio dell'obiettivo i-esimo

P_{max} = punteggio massimo conseguibile

Sulla base dei dati consolidati relativi all'anno di riferimento, la UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance procede al calcolo del risultato in 75^{esimi}.

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

La valorizzazione della performance individuale viene costruita attraverso una griglia il cui punteggio massimo è posto pari a $V_2=25$ punti.

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

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

$$V = V_1 + V_2$$

Solo per i direttori/responsabili delle UU.OO., nel calcolo della valutazione complessiva "V" dovrà tenersi conto del risultato conseguito rispetto ad obiettivi di particolare rilevanza che, per la loro valenza superiore, incidono in misura maggiore (e solo per i direttori/responsabili) nel calcolo dell'addendo V_1 . In tal caso, la formula per il calcolo della valutazione complessiva "V" diventa:

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

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

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

dove

n = numero degli obiettivi trasversali di pertinenza

k_i = peso dell'obiettivo i-esimo

I coefficienti k_i vengono determinati secondo la seguente griglia:

OBIETTIVI DI STRUTTURA "TRASVERSALI"											
I =	COD. OBIETTIVO TRASVERSALE	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2023	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	UU.OO. da monitorare
1	OBTR-TRASP	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e II.	Attuazione prescrizioni del P.I.A.O. sull'argomento	Vigilare sulla corretta esecuzione di tutti gli adempimenti in materia da parte del personale assegnato con le tempistiche e le competenze individuate dal P.I.A.O.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione con le tempistiche e le modalità individuate dalla sottosezione 2.3 del P.I.A.O.	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Il RPCT redige una relazione/report sull'attuazione degli obiettivi segnalando eventuali UU.OO. inadempienti	RPCT	tutte
2	OBTR-FORMAZ	Formazione del personale	Attuazione piano formativo annuale	Organizzare le attività della UO per consentire a tutto il personale interessato lo svolgimento delle attività formative obbligatorie programmate dall'azienda	Registri di presenza dei corsi	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione/report da parte delle UU.OO. eroganti i percorsi formativi obbligatori (U.O.C., Appropriatazza, E., Formazione, Q. e P., U.O.S.D. Servizio Prevenzione e Protezione, RPCT, ecc.)	UU.OO. eroganti i corsi	tutte
3	OBTR-BUDGET	Realizzazione di un sistema per l'assegnazione del budget ed il monitoraggio del rapporto costi/ricavi	Efficacia ed efficienza	Attivare tutte le azioni necessarie per predisporre con le strutture competenti schede di rilevazione e verifica del rapporto costi/ricavi e del budget assegnato alla U.O.	Reportistica e report della UOC Programmazione e Controllo di Gestione	anno di pubblicazione del Piano	51	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Reportistica e report di controllo di gestione	Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione	tutte
4	OBTR-RISK	CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria	Numero di cartelle cliniche di intervento chirurgico in cui sia presente e debitamente compilata dall'anestesista la Check List di Sala Operatoria/totale ricoveri con procedure chirurgiche (escl. Urgenti)	anno di pubblicazione del Piano	≥ 70%	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione del direttore UOC Risk Management	Direttore UOC Risk Management	UU.OO. area chirurgica
5	OBTR-SDO	DGR n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	Report mediante dati QUANI	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=2 obiettivo parzialmente raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Report della UOC Appropriatazza, Epidemiologia C. e V., FORMAZIONE, Qualità e Performance	Direttore UOC Appropriatazza, Epidemiologia C. e V., FORMAZIONE, Qualità e Performance	Tutte quelle che effettuano ricoveri
6	OBTR-PERF	Attuazione ciclo della performance	Valutazione del personale - Attuazione previsioni D.Lgs.150/2009	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutate	schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	anno precedente a quello di pubblicazione dell'ultimo Piano pubblicato	100%	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	tutte
7	OBTR-ATTRIC	DGR n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto b): Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria	Indice di performance tempi di attesa dei ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità/pazienti ricoverati (escluso urgenze)	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione del referente aziendale liste d'attesa col supporto della UOC Appropriatazza, Epidemiologia C. e V., Formazione, Qualità e Performance	Referente aziendale liste d'attesa	Tutte quelle che effettuano ricoveri
8	OBTR-ATTAMB	DGR n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto b): Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria	Rispetto tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P)	Pazienti trattati in ambulatorio per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito "Piano Attivativo Aziendale per il Governo della Liste di Attesa" /pazienti trattati in ambulatorio	anno di pubblicazione del Piano	100	obiettivo raggiunto => k=2 obiettivo parzialmente raggiunto => k=1 obiettivo non raggiunto => k=0	Relazione del referente aziendale liste d'attesa	Referente aziendale liste d'attesa	Tutte quelle che effettuano prestazioni ambulatoriali

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

Per esempio:

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

Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI	
ANNO	2022
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	48,8
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	48,7
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
ANNO	2022
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	3,0
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	16,9
INDICATORI	
ANNO	2022
% DI DIRIGENTI DONNE	48,2
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	53,8
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	59,95

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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

In quest'ottica un ruolo fondamentale è svolto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) che, attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e le linee guida, fornisce indicazioni e indirizzi a cui gli enti pubblici devono attenersi nel predisporre la propria strategia di prevenzione, espressa nell'oramai abolito, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che ad oggi si integra in forma sintetica e più intellegibile per il cittadino, nelle parti ove possibile, al PIAO 2023-2025.

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

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

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

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

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

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

A livello metodologico, i Principi Guida indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019) per il processo di gestione del rischio sono i seguenti:

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

La presente relazione sulle misure da adottare è stata redatta in linea con i suddetti principi. Il processo di gestione del rischio è stato progettato e realizzato in modo sostanziale e calibrato sulle specificità della Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, mediante specifici confronti con le diverse strutture organizzative per la mappatura dei processi, la valutazione e il trattamento del rischio.

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

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

La predisposizione del presente Piano integrato nel nuovo PIAO 2023 – 2025, tiene conto degli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale e dell'attività in materia di anticorruzione e trasparenza svolta nel 2022.

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

2.3.1 L'iter di adozione

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

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

In tale contesto, prima dell'adozione del presente Piano, si è proceduto a pubblicare un Avviso pubblico in data 07/11/2022 sul sito internet aziendale al fine di consentire agli Stakeholders esterni la presentazione di suggerimenti e/o istanze.

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare, di concerto con il gruppo di lavoro per la redazione del PIAO 2023 – 2025, nominato con giusta Deliberazione n.630 del 08.04.2022.

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

In esito alle attività di cui sopra, sono state elaborate le misure per la prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza da rispettare nel nuovo PIAO 2023-2025.

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

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

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

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

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

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;

- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

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

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

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

2.3.3 Valutazione del rischio

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

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

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

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

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

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

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

1. aree generali:

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

2. aree specifiche:

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

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

In particolare, nel PTPCT 2020/2022 si dà atto degli esiti di tale percorso, che ha visto il coinvolgimento di attori interni ed esterni all'Azienda.

Occorre evidenziare in proposito come, rispetto all'anno precedente, vi sia una sostanziale invarianza organizzativa, funzionale e burocratica dell'Azienda.

Il PTCPT, pertanto, ai fini della valutazione del rischio propedeutica all'identificazione delle misure di trattamento del rischio 2020/2022, tiene conto della mappatura dei processi effettuata negli anni precedenti e dell'attuazione misure già individuate sia con riferimento ai risultati raggiunti che alle criticità riscontrate.

Il catalogo dei rischi è riportato in modalità estesa nell'allegato 1 "Catalogo dei rischi" al presente documento e sinteticamente nella tabella che segue:

Aree di rischio	N. processi mappati	N. rischi identificati
1) Acquisizione e progressione del personale	4	21
2) Incarichi e nomine	4	15
3) Contratti pubblici	3	37
4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	12	16
5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	5	10
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	7	16
7) Attività libero professionale	2	2
8) Farmaceutica	1	9
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	2	3
10) Medicina legale	3	6
11) Affari legali e contenzioso	3	3
12) Formazione e aggiornamento professionale del personale	3	10

2.3.4 Il trattamento del rischio

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

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

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

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

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

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

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

- la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità 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 inconfiribilità di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

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

Il PNA raccomanda altresì di dare evidenza nel PTPCT del regolamento adottato ai sensi dell'art. 53, co. 3-bis, del d.lgs. 165/2001 e di effettuare una rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali valutando, nell'ambito dell'istruttoria relativa al rilascio dell'autorizzazione, la possibilità di svolgere incarichi anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente. In tal senso, l'A.O.R.N. di Caserta ha già adottato (Delibere nn. 15/2018 e 636/2018) un "REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI" che prevede una specifica procedura autorizzativa delle attività extraistituzionali non ricadenti tra quelle in conflitto di interesse o vietate per legge.

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

Con riguardo alla rotazione c.d. straordinaria, invece, l'istituto è stato previsto nel PNA 2020 come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PIAO o in sede di autonoma regolamentazione cui il PIAO deve rinviare.

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

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

Il PNA 2020, inoltre, raccomanda di inserire nei piani, misure volte a prevenire il fenomeno cd. Pantouflage (art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter, modificato dall'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012). Pertanto, tra le misure di trattamento del rischio inserite nell'allegato al presente documento, è stata prevista la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri).

Infine, tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal PNA 2020 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 2023 - 2025.

La formazione in argomento sarà strutturata su due livelli:

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

- o 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 2023/2025, sia data certezza della presenza di obiettivi dirigenziali che ricalchino le misure di trattamento del rischio individuate.

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

2.3.6 Il monitoraggio e riesame periodico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con la nuova Delibera, l'ANAC ha precisato che "I dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall'art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore

amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), sono interamente assoggettati all'art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017 (par. 2.3 "Casi particolari – La Dirigenza Sanitaria").

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

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

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

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

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

Gli obblighi di pubblicazione saranno attuati da tutte le strutture coinvolte, indicate nelle tabelle di cui all'allegato "Obblighi di trasparenza" del presente PIAO 2023 - 2025, 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 sono 7, tutti nell'area sanitaria:

- CARDIO-VASCOLARE;
- SCIENZE CHIRURGICHE;
- EMERGENZA ED ACCETTAZIONE;
- ONCOLOGICO;
- SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO;
- 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 CCNL comparto sanità 2016-2018 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.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'Organizzazione del lavoro agile in Azienda, in base a quanto previsto dall'art. 4, lettera b), del Regolamento del 30.06.2022, approvato dal Ministero della Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, deve muovere da una coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione Collettiva Nazionale.

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

Il recente C.C.N.L. Comparto Sanità definisce il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 quale una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'attività in presenza, l'Azienda previo confronto con le organizzazioni sindacali avrà cura, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Accordo individuale

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

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

Tale accordo conterrà i seguenti elementi essenziali:

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

sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

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

- fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità 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 ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari di cui all'art. 51 (Permessi retribuiti per motivi personali o familiari), i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 13 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 per la fascia di contattabilità.

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

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

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

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

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

Formazione al lavoro agile

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

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

Lavoro da remoto

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

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

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

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

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

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

Considerata la recente adozione del suindicato C.C.N.L. relativo al personale area sanità, Azienda sta individuando gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, i processi e attività di lavoro, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con la modalità del lavoro agile.

Nel merito delle valutazioni, seguirà, in particolare, il confronto con le organizzazioni sindacali del Comparto.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

In premessa, occorre evidenziare che l'A.O., pur avendo elaborato il nuovo Piano 2022-2024, trasmesso agli uffici regionali per i pareri di competenza, al momento dell'adozione del presente PIAO non si è ancora concluso l'iter formale previsto dalla Regione Campania, per l'approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP 2022-2024).

Pertanto, a seguire, si riporta lo schema del PTFP 2021-2023 definitivamente approvato con deliberazione n.485 del 14.06.2022 quale presa d'atto della DGRC 247 del 24/05/2022:

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 503/2020, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 74/2022

AO SANNANA E SAN SEBASTIANO	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2020	FABBISOGNO AZIENDA 2021/2023	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2021	PTFP 2022	PTFP 2023
RUOLO SANITARIO	1.151	1.655	257	114	117	26
Dirigenti Medici	340	503	83	32	48	3
Dirigenti Sanitari	28	30	2	2	-	-
Personale del comparto area sanitaria	783	1.122	172	80	69	23
RUOLO TECNICO	171	351	153	48	95	10
Dirigenti	5	14	3	-	3	-
Personale del comparto area tecnica	166	337	150	48	92	10
RUOLO PROFESSIONALE	2	9	1	1	-	-
Dirigenti	1	2	1	1	-	-
Personale del comparto area professionale	1	7	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	77	190	41	32	7	2
Dirigenti	12	18	5	2	2	1
Personale del comparto area amministrativo	65	172	36	30	5	1
TOTALE	1.401	2.205	452	195	219	38

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

pandemia COVID 19 e dell'esigenza di mantenere un livello di dotazione sufficiente per gestire eventuali e ulteriori ondate pandemiche.

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

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

Il PTFP viene definito in coerenza con i principi generali in materia di piano dei fabbisogni, con gli indirizzi regionali (DGRC 593/2020 e DGRC 74/2022) che costituiscono la cornice normativa di riferimento per le politiche di gestione delle risorse umane, nonché con le recenti indicazioni contenute nella DGRC n.546 del 25/10/2022.

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, lo scorso biennio, ad implementare gli organici con assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario, effettuate prevalentemente nel 2020 e gradualmente nell'anno 2021.

A ciò si aggiunga la complessità del momento caratterizzato, non solo dalle attività eccezionali di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, registrate anche nella prima parte del 2022, ma anche da quelle programmate 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 adottato (Del. n. 160 del 28 febbraio 2023) il piano formativo aziendale per l'anno 2023 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.

Il Piano si articola come segue:

Corsi obbligatori D. Lgs. 81/08

1. Corso di aggiornamento in Radioprotezione
2. Corso I Livello "Comunicazione assertiva"
3. Corso II Livello "Comunicazione efficace nella gestione dei conflitti"
4. Corso teorico-pratico di programmazione e gestione dei piani d'intervento sanitario per il primo soccorso e gestione maxiemergenze
5. Corso obbligatorio per addetti al primo soccorso

Corsi ordinari

1. Il consenso ai trattamenti sanitari tra norma, giurisprudenza ed applicazione nella pratica assistenziale
2. Farmaco e dispositivo vigilanza: novità regolatorie e guida alla corretta compilazione delle schede di segnalazione

3. Corso di aggiornamento tecnico-professionale di dialisi peritoneale
4. Farmaci biologici e medicina personalizzata: tra laboratorio e pratica clinica
5. POCT e diagnostica decentrata – applicazioni e governo clinico
6. Terapie sostitutive renali continue nel paziente critico
7. Sviluppo di progetti strategici nell'AORN di Caserta
8. Supporto vitale di base in ambito intra ed extraospedaliero
9. La biologia molecolare al servizio del clinico
10. La tracheotomia: quando, come e perché
11. Il dolore: una sofferenza evitabile
12. Le interstiziopatie polmonari
13. Il trattamento della neoplasia mammaria nell'AORN "Sant'Anna e San Sebastiano"
14. Setting riabilitativi, lungodegenze ed unità di accoglienza territoriali: criteri di appropriatezza e procedure nell'invio dei pazienti alla dimissione
15. La lombosciatalgia: dalla diagnosi al trattamento
16. Il cateterismo vescicale tra scienza e fantascienza
17. Corso base teorico-pratico di chirurgia della cataratta
18. Equità in sanità: i modelli, gli strumenti e le pratiche
19. Approccio pre-ospedaliero al traumatizzato
20. Stop Sepsis
21. Fast Microbiology
22. TBC – Day Focus tubercolosi
23. Clostridium difficile
24. "Infection & Prevention Control: strategia multimodale nell'AORN di Caserta"

25. Cardiotossicità (note ed emergenti) in oncologia e oncoematologia

26. Le Free light chains della diagnostica di laboratorio

27. L'emogasanalisi (EGA) nella pratica clinica - 2^a edizione

28. Il triage infermieristico pediatrico

29. PBLSD (Pediatric Basic Life Support Defibrillation)

30. Percorsi in endocrinologia e diabetologia pediatrica

31. Corso di Eco Color Doppler 2023

32. Giornate Gastroenterologiche Casertane

33. La gestione del dolore in età pediatrica

34. Malattie infettive in gravidanza nuovi approcci terapeutici

35. Lettura ragionata della cardiotocografia intrapartum

36. Innovazioni tecnologiche in oestetricia

Come previsto dall'attuale Regolamento della Formazione e dai CC.CC.NN.LL., si favorisce l'accesso, presso istituzioni esterne, a percorsi di istruzione e qualificazione del personale (max il 3%) per permessi diritto allo studio.

Nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e, quindi, di conseguente valutazione individuale, è tenuta in consistente considerazione la partecipazione ai percorsi formativi aziendali ed extra-aziendali.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

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

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

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

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

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

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

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

- gli obiettivi strategici e tematici assegnati all'Azienda, declinati in obiettivi organizzativi e gli 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 attestato dal Direttore della U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance, attraverso specifiche relazioni supportate da idonea documentazione. 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. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance, in collaborazione con tutte le UU.OO. aziendali.

4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza

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

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

Si precisa che il monitoraggio costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Tale attività va svolta in modo continuativo per la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

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

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

4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile

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

Tale monitoraggio si espletterà attraverso:

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

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

4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale

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

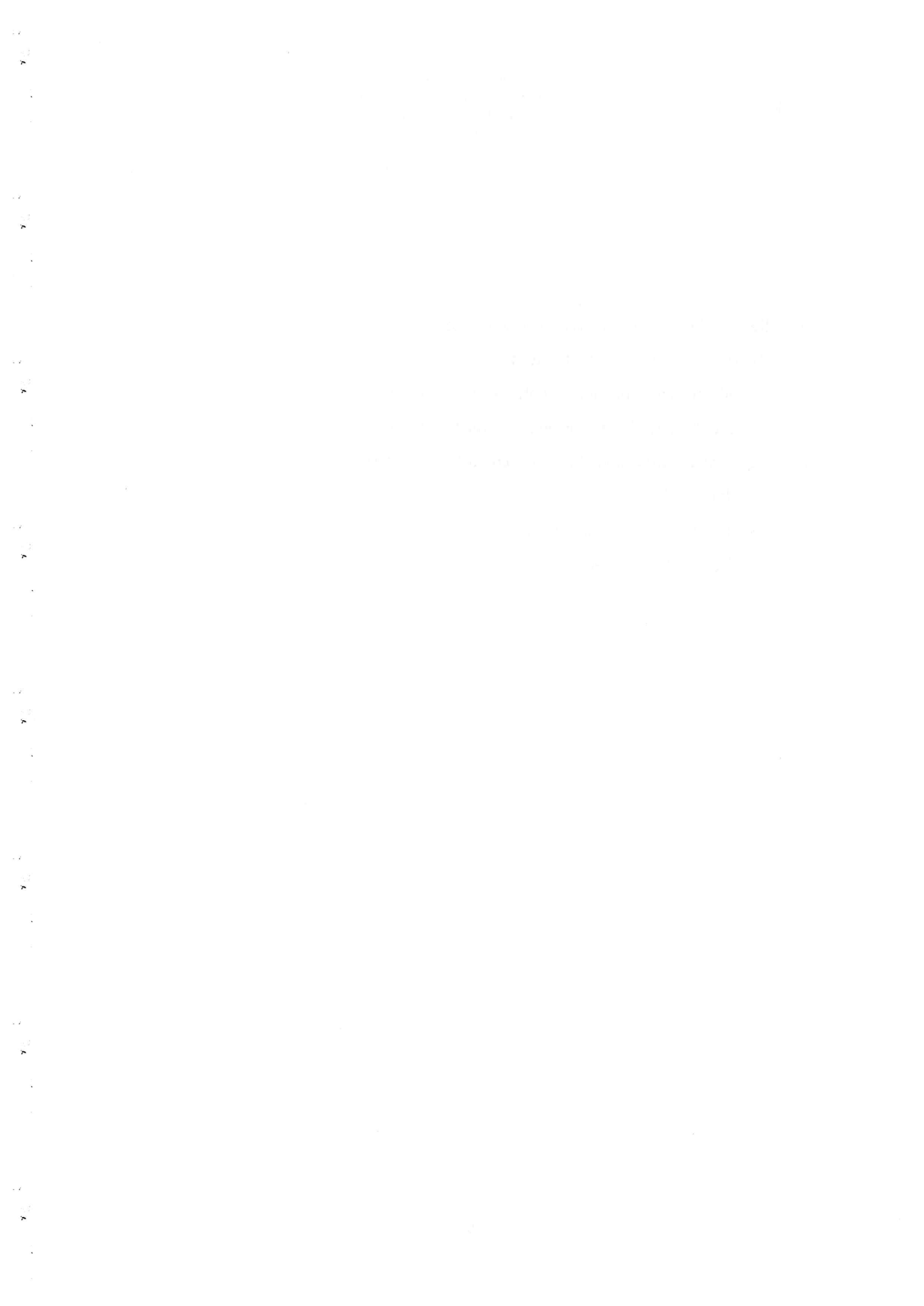
Ogni anno, rispetto al periodo di programmazione, l'A.O., secondo le modalità definite dall'art. 60 del D.Lgs. n.165/2001, provvede agli aggiornamenti del PTFP, resi poi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica.

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

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

ALLEGATI

- **Allegati alla sottosezione 2.2 - Performance**
 - Matrice degli obiettivi di struttura
 - Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;
 - Schede di valutazione individuale – Area Comparto;
- **Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza**
 - Catalogo rischi
 - Misure di trattamento del rischio;
 - Obblighi di trasparenza





P.I.A.O. 2023/2025

"Allegato alla sottosezione 2.2 - Performance"

Matrice degli obiettivi di struttura

A.O.R.N. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO - P.I.A.O. 2023/2025 - MATRICE OBIETTIVI 2023

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE	
DIPARTIMENTO DEA			Avviamento ed entrata a regime del FSE	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le iniziative presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime del FSE	
			Avviamento ed implementazione telemedicina	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le azioni presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime delle prestazioni di telemedicina	
			Monitoraggio corretto invio flussi informativi delle UU.OO. del dipartimento	Obiettivo regionale - Corretto invio flussi informativi	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per il corretto invio dei flussi informativi di competenza delle UU.OO. del dipartimento	
			Monitoraggio per la corretta e completa effettuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori programmati per le UU.OO. del dipartimento	Obblighi di formazione per il personale	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per la corretta effettuazione dei percorsi formativi programmati per il personale di competenza delle UU.OO. del dipartimento	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	U.O.C.		NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza	
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione	
			Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano	
			Attivazione di un ambulatorio di patologia vertebrale dell'adolescenza	Ampliamento dell'offerta assistenziale	Ambulatorio di due giornate al mese con una capienza di tre visite l'ora.	
	CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI	U.O.C.		Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
				Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
				Realizzazione modello Hub&Spoke (Rete Trauma) Rif:Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.3 LA RETE PER IL TRAUMA	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.3 LA RETE PER IL TRAUMA	Predisposizione del pannello dei requisiti di cui al POR con indicazione di quelli da ottimizzare e formulazione cronoprogramma
				Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Gestione del rischio clinico	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria
				Istituire ed applicare laddove possibile il programma ERAS al fine di migliorare l'outcome clinico dei pazienti operati, diminuire i giorni di degenza ed aumentare il turn over dei pp.II	Efficacia ed appropriatezza	Adozione dei tavoli tecnici multispecialistici tra chirurghi, anestesisti, nutrizionisti infermieri al fine di scrivere e adottare protocolli appropriati.
				Aprire anche agli utenti esterni l'ambulatorio specialistico per gli stomizzati già operativo per gli interni	Ampliamento dell'offerta assistenziale	Apertura presso il CUP di agende dedicate
	Istituire un ambulatorio per le urgenze chirurgiche differite che garantisca la visita urgente (entro 72h)	Ampliamento dell'offerta assistenziale	Apertura presso il CUP di agende dedicate			
			NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza	
			Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
D.E.A.	U.O.C.	NEUROCHIRURGIA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Incremento dei casi trattati con 5-ALA ed Awake Surgery	Efficacia ed appropriatezza	Trattamento con 5-ALA ed Awake Surgery
	U.O.C.	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Assicurare quantità e qualità delle attività erogate in relazione agli obiettivi assegnati	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività
			Sviluppare le tecniche di audit per migliorare l'umanizzazione delle cure	Qualità e sicurezza delle cure	Realizzazione di audit specifici sull'umanizzazione delle cure
			Potenziamento della cura del dolore acuto e cronico in quanto SPOKE di II livello nella rete di terapia del dolore regionale	Appropriata partecipazione alle reti tempo dipendenti	Potenziamento ambulatorio e attività di assistenza
			Ridurre le infezioni correlate all'assistenza attraverso la partecipazione alle azioni promosse dal CIO aziendale	Qualità e sicurezza delle cure	Implementazione operativa del lavaggio delle mani. la cui corretta esecuzione sarà monitorata da un Team aziendale appositamente addestrato che condurrà delle "osservazioni" strutturate sui comportamenti del personale baseline e dopo formazione
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
	U.O.C.	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA P.S.	Promozione della donazione di organi	Comunicazione	Attività di informazione e sensibilizzazione
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Evitare ricoveri ordinari non necessari o inappropriati	Rispetto delle linee di indirizzo regionali sull'OBI (BURC n° 40 del 26/06/2012)	Corretto utilizzo dell'O.B.I.
			Contribuire alla corretta trasmissione del flusso EMUR	Continuità, completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi	Corretta compilazione dell'interfaccia informatica di accettazione/gestione del paziente in PS
	U.O.S.D.	SALE OPERATORIE	Sviluppare le tecniche di audit per migliorare l'umanizzazione delle cure	Qualità e sicurezza delle cure	Realizzazione di audit specifici sull'umanizzazione delle cure
			Identificazione di team professionali con particolare riferimento alle branche chirurgiche di alta specializzazione	Consolidamento attività intra dipartimentale	Proposta di identificazione di team professionali
	U.O.S.D.	COORDINAMENTO TRAUMA CENTER	Alimentare correttamente il registro elettronico informatizzato	Informatizzazione delle attività	Alimentazione completa delle informazioni richieste per ciascun intervento
			Realizzazione del modello hub&spoke per la rete trauma rif: Piano ospedaliero regionale (POR)- paragrafo 10.3 la Rete per il trauma	Appropriata partecipazione alle reti tempo dipendenti	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro per Traumi e all'elaborazione dei PDTA
			Sviluppare le tecniche di audit per migliorare i percorsi interni	Qualità e sicurezza delle cure	Realizzazione di audit specifici su percorsi interni (es. gestione del trauma)
Individuare percorsi specifici per il trattamento non operativo delle lesioni epatiche			Qualità e sicurezza delle cure	Proposta del percorso per il trattamento non operativo delle lesioni epatiche	
			Avviamento ed entrata a regime del FSE	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le iniziative presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime del FSE
			Avviamento ed implementazione telemedicina	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le azioni presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime delle prestazioni di telemedicina

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE			Monitoraggio corretto invio flussi informativi delle UU.OO. del dipartimento	Obiettivo regionale - Corretto invio flussi informativi	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per il corretto invio dei flussi informativi di competenza delle UU.OO. del dipartimento
			Monitoraggio per la corretta e completa effettuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori programmati per le UU.OO. del dipartimento	Obblighi di formazione per il personale	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per la corretta effettuazione dei percorsi formativi programmati per il personale di competenza delle UU.OO. del dipartimento
			Introduzione, nel Dipartimento, di almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendale	Miglioramento dell'offerta assistenziale	Verifica e coordinamento delle innovazioni su base dipartimentale
CIENZE MEDICHE	U.O.C.	MEDICINA INTERNA	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza, specie da germi multidisciplinari (MDR)	Qualità e sicurezza	Applicazione delle procedure aziendali previste dal Comitato di controllo infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)
	U.O.C.	GERIATRIA	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Effettuare valutazioni geriatriche multidimensionali al fine di effettuare il corretto percorso diagnostico terapeutico assistenziale	Qualità e sicurezza	Effettuazione VGM ai pazienti ricoverati in geriatria
	U.O.C.	GASTROENTEROLOGIA	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Miglioramento della performance qualitativa e quantitativa della Polipectomia Endoscopica del Colon	Potenziamento - Attivazione offerta prestazione sanitaria specialistica	Attuare tutte le azioni utili per il miglioramento della performance qualitativa e quantitativa della Polipectomia Endoscopica del Colon
	U.O.C.	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Screening della Patologia Epatica Metabolica nelle Persone che vivono con HIV (PLWH)	Potenziamento - Attivazione offerta prestazione sanitaria specialistica	Screening >= 20% assistiti totali
	U.O.C.	NEFROLOGIA E DIALISI	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Attivare percorsi di comunicazione/informazione volti ad orientare la scelta consapevole tra le possibili opzioni terapeutiche	Comunicazione/informazione	Accertamento del grado di conoscenza di tutte le opzioni disponibili di terapie renali sostitutive
	U.O.C.	NEUROLOGIA	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Apertura Ambulatorio dedicato ai "Disordini del Movimento"	Potenziamento - Attivazione offerta prestazione sanitaria specialistica	Apertura Nuovo Ambulatorio

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
S	U.O.C.	PNEUMOLOGIA	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Diagnostica e trattamento della Sindrome delle apnee notturne e della sindrome da ipoventilazione/obesità	Potenziamento - Attivazione offerta prestazione sanitaria specialistica	Diagnostica e trattamento della Sindrome di Apnee notturne e della Sindrome da ipoventilazione/obesità
	UOSD	FISIOPATOLOGIA EPATICA CON SERVIZIO DI ASS (SATTE)	Report trapianti	Efficienza flussi informativi	Rispettare i tempi di trasmissione dei report dei trapianti e trapiantandi
			Ottimizzazione dei percorsi dei pazienti che sono stati sottoposti a trapianto di fegato	Miglioramento percorso dei pazienti	Aggiornamento del PDTA aziendale del follow up del trapianto di fegato
	UOSD	STROKE UNIT	Formazione per operatori 118 e del Pronto Soccorso sul codice ICTUS	Potenziamento dell'offerta formativa	Progettazione ed attivazione del corso
			Piano Ospedaliero Regionale (POR) -paragrafo 10,2 LA RETE PER L'ICTUS	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete ICTUS	Partecipazione alla predisposizione dei criteri e delle modalità di selezione da concordare con i centri spoke di cui al POR
	UOSD	DERMATOLOGIA E MALATTIE VENEREE	Riduzione tempi per consulenze interne	Miglioramento dell'efficienza	Aumentare il numero di consulenze offerte ai reparti richiedenti
	UOSD	NEURORIABILITAZIONE	Mantenimento nell'erogazione dei NSG	Piano Riabilitativo Individuale (PRI)	Tempestività nella formulazione del PRI
			Miglioramento dell'Efficienza	Riduzione tempi per consulenze interne	Aumentare il numero di consulenze offerte ai reparti richiedenti
			Migliorare il percorso del paziente in stadio terminale	Integrazione ospedale-territorio	Tempestiva allocazione post-dimissione dei pazienti in coma o stato vegetativo con la collaborazione delle UU.OO Aziendali
	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE			Avviamento ed entrata a regime del FSE	Obiettivo regionale
			Avviamento ed implementazione telemedicina	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le azioni presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime delle prestazioni di telemedicina
			Monitoraggio corretto invio flussi informativi delle UU.OO. del dipartimento	Obiettivo regionale - Corretto invio flussi informativi	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per il corretto invio dei flussi informativi di competenza delle UU.OO. del dipartimento
			Monitoraggio per la corretta e completa effettuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori programmati per le UU.OO. del dipartimento	Obblighi di formazione per il personale	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per la corretta effettuazione dei percorsi formativi programmati per il personale di competenza delle UU.OO. del dipartimento
U.O.C.	CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	NSG-Indicatore H02Z: Numero di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Interventi annui per tumore maligno della mammella	
		Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	
		Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione	
		Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	
		Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano	
		Ricorso, ove previsto dalla normativa, all'utilizzo del regime PACC	Appropriatezza organizzativa	Utilizzo del setting dei PACC come da indicazioni regionali	
		Messa in opera ed implementazione del protocollo ERAS	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Introduzione, applicazione e messa a regime del protocollo ERAS (Enhanced Recovery after Surgery)	

RIZIO CHIRURGICHE

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
	U.O.C.	OTORINOLARINGOIATRIA	NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza
			Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una piú appropriata valutazione
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Ricorso, ove previsto dalla normativa, all'utilizzo del regime PACC	Appropriatezza organizzativa	Utilizzo del setting dei PACC come da indicazioni regionali
			Garantire il mantenimento dei requisiti per essere individuati quali centro di riferimento per gli impianti cocleari	Rispettare la normativa regionale in tema di requisiti per i centri di riferimento	Esecuzione di impianti cocleari
	U.O.C.	DAY SURGERY	NSG-Indicatore H05Z: Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa
			NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza
			Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una piú appropriata valutazione
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Riqualificazione sale operatorie del Day Surgery grazie all'utilizzo della recovery room , rendendo possibile l'esecuzione di interventi di elevata complessità e/o in pazienti ad elevato rischio anestesiológico	Appropriatezza organizzativa	Ricorso alla recovery room
		NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza	

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE		
SCIEN	U.O.C.	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione		
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione		
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)		
			Ricorso, ove previsto dalla normativa, all'utilizzo del regime PACC	Appropriatezza organizzativa	Utilizzo del setting dei PACC come da indicazioni regionali		
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano		
	U.O.C.	UROLOGIA	NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza		
			Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione		
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione		
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano		
			Ricorso, ove previsto dalla normativa, all'utilizzo del regime PACC	Appropriatezza organizzativa	Utilizzo del setting dei PACC come da indicazioni regionali		
	U.O.S.D.	U.O.S.D.	SENOLOGIA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	
				Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione	
				Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	
				Individuare le donne che non sono inserite nei programmi di screening	Contribuire alla diagnosi precoce	Attenzione alle donne fuori screening	
		U.O.S.D.	U.O.S.D.	OCULISTICA	NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza
					Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione
					Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione

CARDIOVASCOLARE

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Contribuire alla corretta trasmissione del flusso C/PACC	Continuità, Completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura dei PACC per intervento di cataratta entro 30 giorni dall'apertura
	DIPARTIMENTO		Avviamento ed implementazione telemedicina	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le azioni presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime delle prestazioni di telemedicina
			Monitoraggio per la corretta e completa effettuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori programmati per le UU.OO. del dipartimento	Obblighi di formazione per il personale	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per la corretta effettuazione dei percorsi formativi programmati per il personale di competenza delle UU.OO. del dipartimento
			Monitoraggio corretto invio flussi informativi delle UU.OO. del dipartimento	Obiettivo regionale - Corretto invio flussi informativi	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per il corretto invio dei flussi informativi di competenza delle UU.OO. del dipartimento
	UOC	CARDIOCHIRURGIA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione del numero dei pazienti sottoposti a singolo by pass aortocoronarico	Attivare tutte le iniziative utili al raggiungimento dell'obiettivo
			POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Raggiungere i 200 interventi l'anno di rivascularizzazione miocardica, che identificano un centro di cardiocirurgia di eccellenza	Attivare tutte le iniziative utili al raggiungimento dell'obiettivo
	UOC	CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Potenziare l'ambulatorio dello Scompenso Cardiaco, dedicato ai pazienti in questa condizione clinica	Obiettivo regionale: potenziamento dell'attività ambulatoriale	Rimodulazione dell'agenda CUP per il raggiungimento dell'obiettivo
	UOC	CARDIOLOGIA CLINICA A DIR. UNIV. CON UTIC	Monitoraggio ed azioni necessarie per il rispetto del rapporto costi/ricavi assegnato alle UU.OO. afferenti al dipartimento	Efficacia ed efficienza	Predisporre monitoraggi periodici e verifiche sul rispetto del rapporto costi/ricavi delle UU.OO.
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Potenziare l'ambulatorio dello Scompenso Cardiaco, dedicato ai pazienti in questa condizione clinica	Obiettivo regionale: potenziamento dell'attività ambulatoriale	Rimodulazione dell'agenda CUP per il raggiungimento dell'obiettivo

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE	
DIPARTIMENTO	UOC	CHIRURGIA VASCOLARE	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione	
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ff.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano	
			Aortic Team dipartimentale per il trattamento della patologia dell'aorta toracica	Consolidamento attività intra dipartimentale	Attività del Gruppo di Lavoro Dipartimentale "Aortic Team"	
			Attivazione dello Screening carotideo di tutti i pazienti coronaropatici afferenti al Dipartimento	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione dello Screening carotideo di tutti i pazienti coronaropatici afferenti al Dipartimento	
	UOSD	FOLLOW UP DEL PAZIENTE POST ACUTO	Incremento del numero di pazienti arruolati nei programmi di Cardiologia Riabilitativa	Miglioramento offerta dell'assistenza area riabilitativa	Attivazione di un percorso dedicato in continuità con la fase acuta	
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	
			Sviluppo delle prestazioni in telemedicina	Obiettivo regionale	Attuare le azioni predisposte per l'avvio	
	UOSD	ARITMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA	Implementare protocolli e procedure con nuove tecnologie per l'ablazione della fibrillazione atriale non termica a campo pulsato	Qualità e sicurezza delle cure	Predisposizione protocolli e procedure	
			Implementare rotocolli e procedure con nuove tecnologie per la terapia elettrica dello scompenso cardiaco	Qualità e sicurezza delle cure	Predisposizione protocolli e procedure	
			Sviluppare le tecniche di audit per la prevenzione delle infezioni dei dispositivi elettronici cardiovascolari impiantabili (CIED)	Qualità e sicurezza delle cure	Realizzazione di audit specifici su le "Infezioni dei dispositivi elettronici cardiovascolari impiantabili (CIED) ed utilizzo della Checklist pre-operatoria per ridurre il rischio di infezioni dei CIED	
	UOSD	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E DELLE EMER. CORONARICHE	Ridurre i tempi di attesa per le procedure diagnostiche richieste in ambulatorio per i pazienti del territorio	Obiettivo regionale: potenziamento dell'attività ambulatoriale	Rimodulazione dell'agenda CUP per il raggiungimento dell'obiettivo	
			Ridurre il tempo di "Free Interval Therapy" nella gestione dell'IMA	Appropriata partecipazione alle reti tempo dipendenti	Aumentare il n° di procedure interventistiche in urgenza per pazienti con IMA	
			Implementazione delle tecniche di Imaging nelle attività della UO	Miglioramento dell'offerta assistenziale	Attivazione ed attuazione di procedure con utilizzo di tecniche di Imaging	
	UOSD	TERAPIA INTENSIVA DEL DIP. CARDIOVASCOLARE	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza attraverso la partecipazione alle azioni promosse dal CIO aziendale	Qualità e sicurezza delle cure	Implementazione operativa del lavaggio delle mani. la cui corretta esecuzione sarà monitorata da un Team aziendale appositamente addestrato che condurrà delle "osservazioni" strutturate sui comportamenti del personale baseline e dopo formazione	
	DIPARTIMENTO		DIPARTIMENTO	Avviamento ed entrata a regime del FSE	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le iniziative presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime del FSE
				Avviamento ed implementazione telemedicina	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le azioni presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime delle prestazioni di telemedicina
				Monitoraggio corretto invio flussi informativi delle UU.OO. del dipartimento	Obiettivo regionale - Corretto invio flussi informativi	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per il corretto invio dei flussi informativi di competenza delle UU.OO. del dipartimento
				Monitoraggio per la corretta e completa effettuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori programmati per le UU.OO. del dipartimento	Obblighi di formazione per il personale	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per la corretta effettuazione dei percorsi formativi programmati per il personale di competenza delle UU.OO. del dipartimento

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
SALUTE DONNA E BAMBINO	U.O.C.	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza
			Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Obiettivo tematico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione
			Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Obiettivo tematico	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
	U.O.C.	PEDIATRIA	NSG-Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a): Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza
			Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Individuazione del corretto setting assistenziale per la cura del diabete in età pediatrica	Obiettivo regionale: potenziamento dell'attività ambulatoriale	Incremento del 10% delle prestazioni ambulatoriali di diabetologia pediatrica
	U.O.C.	T.I.N. E T.N.E. NEONATOLOGIA DI II LIVELLO	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Ridurre le infezioni correlate all'assistenza attraverso la partecipazione alle azioni promosse dal CIO aziendale	Qualità e sicurezza delle cure	Implementazione operativa del lavaggio delle mani, la cui corretta esecuzione sarà monitorata da un Team aziendale appositamente addestrato che condurrà delle "osservazioni" strutturate sui comportamenti del personale baseline e dopo formazione
			Assicurare controlli clinici idonei ai neonati a basso peso	Obiettivo regionale: potenziamento dell'attività ambulatoriale	Effettuare dimissioni protette e assicurare un controllo clinico entro 48 ore a tutti i neonati di basso peso e/o pretermine che non abbiano avuto necessità di assistenza intensiva
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO			Avviamento ed entrata a regime del FSE	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le iniziative presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime del FSE
			Avviamento ed implementazione telemedicina	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le azioni presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime delle prestazioni di telemedicina
			Monitoraggio corretto invio flussi informativi delle UU.OO. del dipartimento	Obiettivo regionale - Corretto invio flussi informativi	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per il corretto invio dei flussi informativi di competenza delle UU.OO. del dipartimento
			Monitoraggio per la corretta e completa effettuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori programmati per le UU.OO. del dipartimento	Obblighi di formazione per il personale	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per la corretta effettuazione dei percorsi formativi programmati per il personale di competenza delle UU.OO. del dipartimento
CO	U.O.C.	EMATOLOGIA A INDIRIZZO ONCOLOGICO	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
ONCOLOGICO		ONCOLOGICO	Miglioramento del percorso del paziente oncologico	Qualità e sicurezza	Redazione e proposta di approvazione di un PDTA per i linfomi e di uno per il Mieloma Multiplo, in previsione di una prossima attivazione anche per l'Ematologia dei PACC per le chemioterapie
	U.O.C.	ONCOLOGIA MEDICA	Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi S.D.O.	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e II.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Migliorare l'aderenza locale ai PDTA regionali della ROC	Aderenza alla ROC	Stesura di percorsi aziendali congruenti con i PDTA emanati dalla Regione nell'ambito della ROC
DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI			Avviamento ed entrata a regime del FSE	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le iniziative presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime del FSE
			Avviamento ed implementazione telemedicina	Obiettivo regionale	Predisporre tutte le azioni presso le UU.OO. del dipartimento per l'avvio a regime delle prestazioni di telemedicina
			Monitoraggio corretto invio flussi informativi delle UU.OO. del dipartimento	Obiettivo regionale - Corretto invio flussi informativi	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per il corretto invio dei flussi informativi di competenza delle UU.OO. del dipartimento
			Monitoraggio per la corretta e completa effettuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori programmati per le UU.OO. del dipartimento	Obblighi di formazione per il personale	Monitorare e predisporre tutte le misure necessarie per la corretta effettuazione dei percorsi formativi programmati per il personale di competenza delle UU.OO. del dipartimento
			Stesura di una procedura Aziendale in tema di "Gestione Integrata Diagnostico Interventistica del Percorso Ictus" che coinvolga le UU.OO. Interessate	Gestione integrata di percorsi specifici	Valutazione di tutte le implementazioni necessarie sia da un punto di vista strumentale che di risorse umane atte alla realizzazione della procedura
			Attuazione DGRC 219/2021 in tema di "Modalità trasporto sangue e materiali biologici"	Attuazione del Modello Programmatico "Modalità trasporto sangue e materiali biologici"	Realizzazione delle attività necessarie all'attuazione della DGRC 219/2021 (ivi compresa la proposta dell'acquisizione di eventuali risorse necessarie)
	U.O.C.	IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	PACC anomalie dei globuli rossi > 17 anni	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Proposta attivazione e apertura agende CUP
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e II.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate
	U.O.C.	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Potenziamento dell'ambulatorio di citofluorimetria	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Rimodulazione agende CUP
			Implementazione dell'attività di mammografia con mezzo di contrasto	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Rimodulazione agende CUP
	U.O.C.	ANATOMIA PATOLOGICA	Apertura di sedute RM body per pazienti ambulatoriali	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Rimodulazione agende CUP
			Raggiungere la completezza del referto istologico sia nei campioni biopsici che in quelli chirurgici	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Determinazione dello stato mutazionale di c-erbB-2 nei carcinomi della mammella e nei carcinomi gastrici mediante metodica ISH o mediante metodica FISH
	U.O.C.	PATOLOGIA CLINICA	Attuazione DDRC 145/2021 in tema di Point of care (POCT)	Implementazione dell'attività aziendale Point of Care (POCT)	Presentazione Capitolati Tecnici per l'acquisizione di nuovi emogasanalizzatori per una maggiore copertura di tale attività a livello aziendale. Presentazione Capitolati Tecnici per l'acquisizione di Glucomeri conformi al DDRC 145/2021.
			Delibera della Regione Campania n.210 del 4/05/2022 in tema di "Prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale (disciplina Patologia clinica)"	Stesura di un piano di programmazione atto al raggiungimento degli Obiettivi fissati dalla delibera della Regione Campania n.210 del 4/05/2022	A) Potenziamento dei settori "infettivologia e sierologia", "Emostasi", "Farmacotossicologia", "Biochimica dei Liquidi Biologici". B) Attivazione di PAC relativi al Dipartimento di Oncologia C) Potenziamento dell'Attività dell'ambulatorio prelievi PPI

SERVIZI SANITARI

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
			Sviluppo di un modello organizzativo di laboratorio centrale "Corelab"	Riorganizzazione del settore laboratorio HUB h24 secondo quanto previsto dal DCA 55/2010	Stesura procedura per la riorganizzazione funzionale del laboratorio HUB h24 "Corelab" e sua graduale attuazione
	U.O.S.D.	MICROBIOLOGIA	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Potenziamento della diagnostica della resistenza antimicrobica (genotipica e fenotipica) dei batteri e dei microbatteri (rafforzamento dell'attività della diagnostica tubercolare, in qualità di Centro di riferimento per la Provincia di Caserta - Circ. Min. Salute DGPRES 26,02,2004 ed applicazione Regione Campania DGRC 1577/09)	SVILUPPO DI PIATTAFORME INFORMATICHE DEDICATE ALLA MICROBIOLOGIA	Realizzazione di un cruscotto informatico per la reportistica epidemiologica microbiologica; Informatizzazione del processo Segnalazione ed isolamento dei Germ Alert
			EFFICIENTAMENTO DELLE PRESTAZIONI DELL'UO MICROBIOLOGIA	rafforzamento dell'attività della diagnostica tubercolare	Affermazione come Centro di Riferimento per la Provincia di Caserta – Circolare Ministero Salute DGPRES 26.02.2004 ed applicazione Regione Campania DGRC 1577/09)
			POTENZIAMENTO –ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	POTENZIAMENTO DELLA DIAGNOSTICA VIROLOGICA DIRETTA	Implementazione della offerta diagnostica virologica delle patologie infettive (Antigeni ed amplificazione diretta di acidi nucleici da campione microbiologico)
	U.O.S.D.	GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Garantire il corretto inquadramento del paziente ai fini della caratterizzazione di patologie genetiche	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Introduzione di nuovi test molecolari per la caratterizzazione di patologie genetiche
			Garantire il sequenziamento con metodiche di nuova generazione	Potenziamento dell'offerta sanitaria	Potenziamento attività diagnostica mediante introduzione di tecniche di sequenziamento di nuova generazione
	U.O.S.D.	ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Presa in carico dei Pazienti	Gestione integrata di percorsi specifici	Implementazione azioni comprese nel PDTA
			Efficienza rif. Debito informativo	Gestione integrata di percorsi specifici	Implementazione azioni comprese nel PDTA
	U.O.S.D.	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	D.Lgs 81_2009 Rif: SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E TUTELA DEI LAVORATORI	Procedure di sicurezza	Redazione ed aggiornamento procedure di sicurezza aziendali
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - FORMAZIONE	Formazione ed informazione dipendenti	Formazione ed aggiornamento dei corsi obbligatori di formazione ed informazione dei lavoratori previsti dal D.lgs 81/08
			FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - FORMAZIONE	Formazione ed informazione dipendenti	Formazione ed aggiornamento squadre antincendio
			FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - FORMAZIONE	Formazione ed informazione dipendenti	Formazione ed aggiornamento addetti Primo Soccorso

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
			FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - FORMAZIONE	Formazione ed informazione dipendenti	Formazione ed aggiornamento RLS
			FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - FORMAZIONE	Formazione ed informazione dipendenti	Corsi di formazione tesi al miglioramento della comunicazione operatore-paziente ed operatore- operatore
	U.O.S.D.	NEURORADIOLOGIA	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Garantire la corretta gestione dello stroke emorragico	Gestione integrata di percorsi specifici	Partecipazione al gruppo di lavoro per l'elaborazione e l'approvazione del PDTA STROKE EMORRAGICO

IVA	U.O.C.	AFFARI GENERALI	Attuazione del P.A.C. aziendale	DGRC 274/2020 – <u>Obiettivi di carattere generale</u> , punto f): puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Attuare e proporre eventuali aggiornamenti in occasione della attività di audit delle procedure di competenza predisposte ed inserite nel manuale approvato con Del. n. 63/2022
			Gestione delle autorizzazioni incarichi ex art. 53 del D.Lgs. N. 165/2001	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Eseguire tutte le attività di evasione delle richieste in conformità ai regolamenti aziendali ed alle leggi vigenti
			Monitoraggio corretta attuazione delle misure previste dalla sottosezione 2.3 del PIAO	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. e del PNA	Verifica sulla corretta applicazione da parte delle varie U.U.OO. Interessate delle misure previste dalla sottosezione 2.3 del PIAO
			Predisposizione ed aggiornamento sottosezione 2.3 del PIAO	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. e del PNA	Provvedere alla redazione della sottosezione 2.3 del PIAO da sottoporre al Gruppo di lavoro sul PIAO
	U.O.C.	AFFARI LEGALI	Contenimento della spesa per affidamento incarichi etserni	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Assunzione e gestione da parte dell'avvocatura dei procedimenti giudiziari e stragiudiziali di cui è investita limitando il ricorso ad avvocati esterni. Restano esclusi gli affidamenti disciplinati dalla polizza RTC/RCO ed i procedimenti per i quali sussiste conflitto di interesse
			Supporto legale alle altre articolazioni aziendali	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Attività di supporto giuridico alla Direzione ed alle articolazioni aziendali nella gestione di procedimenti rispetto ai quali si presentino aspetti di dubbia interpretazione o applicazione della normativa, al fine di prevenire il contenzioso giudiziario ovvero al fine di affrontare i contenziosi inevitabili con maggiore consapevolezza delle ragioni adottate
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
	U.O.C.	GEF	Regolarizzazione carte contabili	Obiettivo di carattere generale, punto e)	Azzeramento carte contabili entro il 31/12
			Rispetto dei tempi di pagamento	Obiettivo di carattere generale, punto f)	Pagamento fatture entro 60 giorni e sistemazione partite con chiusura manuale su PCC
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Attuazione del P.A.C. aziendale	DGRC 274/2020 – <u>Obiettivi di carattere generale</u> , punto f): puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Attuare e proporre eventuali aggiornamenti in occasione della attività di audit delle procedure di competenza predisposte ed inserite nel manuale approvato con Del. n. 63/2022
	U.O.C.	GRU	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Attuazione del P.A.C. aziendale	DGRC 274/2020 – <u>Obiettivi di carattere generale</u> , punto f): puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Attuare e proporre eventuali aggiornamenti in occasione della attività di audit delle procedure di competenza predisposte ed inserite nel manuale approvato con Del. n. 63/2022
			Alimentare i flussi informativi di competenza nei tempi e con le modalità previste dalle norme vigenti	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Provvedere all'invio dei flussi di competenza ed inviare il report dell'avvenuto invio al referente dei flussi
			Definizione di un sistema per la graduazione degli incarichi	Attuazione delle previsioni dei CCNL	Predisporre ed attuare tutte le azioni necessarie per la definizione di un sistema di graduazione degli incarichi in azienda

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C.	INGEGNERIA OSPEDALIERA	Attuazione nuovo CCNL-Area comparto	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Proposta dei regolamenti necessari ad attuare il nuovo CCNL
			Rispetto dei tempi di pagamento	Obiettivo di carattere generale, punto f)	Pagamento fatture entro 60 giorni e sistemazione partite con chiusura manuale su PCC
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Attuazione del P.A.C. aziendale	DGRC 274/2020 - <u>Obiettivi di carattere generale</u> , punto f): puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Attuare e proporre eventuali aggiornamenti in occasione della attività di audit delle procedure di competenza predisposte ed inserite nel manuale approvato con Del. n. 63/2022
			Programmazione triennale attività e contratti di opere e lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Procedure e gestione contratti di manutenzione in essere e da avviare con scadenza interventi posti e/o da porre in essere
			Interventi di cui all'Art.20 legge 67/88 relative alla III fase, I stralcio e completamento - DGRC 378/2020	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Completamento affidamento servizi e lavori - esecuzione opere come da cronoprogramma
			Interventi finanziati con i fondi del PNRR-PNC	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Completamento affidamento servizi e lavori - esecuzione opere come da cronoprogramma
	U.O.C.	CONTROLLO DI GESTIONE	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Alimentare i flussi informativi dell'azienda nei tempi e con le modalità previste dalle norme vigenti	Corretta e regolare trasmissione dei flussi informativi	Monitorare il corretto invio dei flussi da parte delle UU.OO. competenti
			Attuazione del P.A.C. aziendale - Attività Referente P.A.C.	DGRC 274/2020 - <u>Obiettivi di carattere generale</u> , punto f): puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Attività di audit attraverso il coinvolgimento dei responsabili delle linee di attività
			Avviamento modello monitoraggio SSR con aggiornamento CdC e supporto alle attività per l'implementazione della contabilità analitica	Attuazione art. 79 L. 133/2008	Attività per l'avvio a regime - Aggiornamento CdC
	U.O.C.	S.I.A.	Rispetto dei tempi di pagamento	Obiettivo di carattere generale, punto f)	Pagamento fatture entro 60 giorni e sistemazione partite con chiusura manuale su PCC
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Attuazione del P.A.C. aziendale	DGRC 274/2020 - <u>Obiettivi di carattere generale</u> , punto f): puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Attuare e proporre eventuali aggiornamenti in occasione della attività di audit delle procedure di competenza predisposte ed inserite nel manuale approvato con Del. n. 63/2022
			Implementazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Attuazione L.77/2020	Implementazione del FSE con gli applicativi aziendali
	U.O.C.	PROVVEDITORATO	Implementazione C.U.P. regionale	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Attuazione di tutte le misure ed attività di supporto all'attivazione del C.U.P. regionale ed integrazione con i gestionali aziendali. - Supporto al referente aziendale CUP e ALPI per i flussi relativi (N. 2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12)
			Rispetto dei tempi di pagamento	Obiettivo di carattere generale, punto f)	Pagamento fatture entro 60 giorni e sistemazione partite con chiusura manuale su PCC
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Attuazione del P.A.C. aziendale	DGRC 274/2020 - <u>Obiettivi di carattere generale</u> , punto f): puntuale attuazione del percorso della certificabilità	Attuare e proporre eventuali aggiornamenti in occasione della attività di audit delle procedure di competenza predisposte ed inserite nel manuale approvato con Del. n. 63/2022
			Gare: ricognizione periodiche e costanti dei contratti in essere con indicazione delle scadenze ed azioni da interpretare a seconda della priorità di intervento. Accelerazione iter procedurale gare da espletare	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Riduzione del ricorso ad affidamenti per esaurimento scorte senza procedura di gara
	Chiusura procedure su piattaforma telematica SIAPS	Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa	Chiusura di almeno 3 procedure su piattaforma telematica SIAPS avviate nell'anno precedente		
	U.O.C.	TECNOLOGIA OSPEDALIERA	Rispetto dei tempi di pagamento	Obiettivo di carattere generale, punto f)	Pagamento fatture entro 60 giorni e sistemazione partite con chiusura manuale su PCC
			Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
			Alimentare i flussi informativi di competenza nei tempi e con le modalità previste dalle norme vigenti	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Provvedere all'invio dei flussi HSP 14 ed inviare il report dell'avvenuto invio al referente dei flussi

DIPARTIMENTO/ DIREZIONE	U.O.	STRUTTURA	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE
		APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITA' E PERFORMANCE	Attuazione sottosezione 2.3 del Piano	Trasparenza ed anticorruzione - Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal Piano
	u.o.c.		Alimentare i flussi informativi di competenza nei tempi e con le modalità previste dalle norme vigenti	DGRC n.274/2020 - Obiettivo specifico di natura preliminare - punto c): Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	Provvedere all'invio dei flussi di competenza ed inviare il report dell'avvenuto invio al referente dei flussi
			Monitoraggio attività sanitaria NSG (ex Griglia LEA)	<u>Obiettivo specifico di natura preliminare - punto a):</u> Erogazione degli obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Monitoraggio NSG (ex Griglia LEA) e attività di ricovero
			Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera	Efficacia ed appropriatezza	Rilevazione debito informativo delle UU.OO.



P.I.A.O. 2023/2025

"Allegato alla sottosezione 2.2 - Performance"

**Schede di valutazione individuale 2023
Area Dirigenza**

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Dirigenza – Ruolo Sanitario
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
Punteggio in 25^{esimi}	

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 - 2023
Area Dirigenza – Ruolo Sanitario
Direttore U.O.C./Responsabile U.O.S.D.

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ /100 (*)
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Dirigenza – Ruolo Sanitario
Direttore U.O.C./Responsabile U.O.S.D. senza Dipartimento

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023 Area Dirigenza – Ruolo Sanitario DIRIGENTE MEDICO E NON MEDICO

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Dirigenza PTA
DIRIGENTE

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Dirigenza PTA
DIRETTORE U.O.C.

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 100
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

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



P.I.A.O. 2023/2025

"Allegato alla sottosezione 2.2 - Performance"

Schede di valutazione individuale 2023

Area Comparto

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Comparto – Ruolo Tecnico
AUSILIARI SPECIALIZZATI – O.S.S.

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Comparto – Ruolo Sanitario
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO
(infermiere, tecnico di radiologia medica, fisioterapista, ostetrica etc.)

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Comparto PTA
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Comparto – Ruolo Sanitario
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO
CON INCARICO DI COORDINAMENTO

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Comparto – Ruolo Sanitario
PERSONALE IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI SUPPORTO
(in UU.OO. a supporto della Direzione Strategica)

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Comparto – Ruolo Amministrativo
CATEGORIE A, B e C
(commesso, coadiutore amm.vo, assistente amm.vo)

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

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

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
4. 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
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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

Scheda di valutazione individuale - 2023
Area Comparto – Ruolo Tecnico/Professionale
CATEGORIE A, B e C

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

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

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

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

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 60
Punteggio in 25^{esimi}	

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

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



P.I.A.O. 2023/2025

"Allegato alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza"

Catalogo rischi

Area (Da PMA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	Misure esistenti	Misure integrative
1) Acquisizione e progressione del personale	1) Reclutamento del personale non dirigenziale per selezione pubblica	Programmazione	Definizione del fabbisogno	Direzione Strategica UOC Gestione Risorse Umane	1) Alterazione fabbisogno di personale (profilo)	Pressione esterna di tipo politico per alterare il fabbisogno. Inadeguati controlli a livello regionale Discrezionalità della Direzione Strategica nella composizione dei profili da reclutare Inadeguati controlli a livello aziendale	Medio	Medio	Atti di indirizzo della Regione Campania (es. decreti commissario ad acta) Autorizzazione regionale Controlli regionali sulla base della coerenza tra il contesto esterno e le richieste. Verifica da parte del GRU della coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura di reclutamento e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore	1. Regolamento aziendale per il reclutamento del personale non dirigente per selezione pubblica 8
			Rispetto delle indicazioni della Regione Campania in merito alle procedure da seguire per reclutamento di personale autorizzato con DCA in riferimento al personale cessato nell'anno precedente (turn over): 1. Espletamento mobilità 2. Utilizzo graduatore anche di altre amministrazioni regionali 3. Concorso e/o avviso pubblico		2) Evitare intenzionalmente la stabilizzazione per favorire l'assunzione di altro personale	2) I criteri di stabilizzazione sono definiti a livello regionale. L'A.O. potrebbe decidere di non procedere alla stabilizzazione ma ciò prevede che da parte degli stabilizzati non ci siano ricorsi e che non siano effettuate verifiche da parte regionale	Basso	Basso	Procedure regolamentate prima a livello governativo e poi regionale	
			Definizione dei criteri per la selezione		3) Ricorrere agli avvisi e alle procedure concorsuali bypassando la mobilità e lo scorrimento di graduatorie per favorire l'assunzione di personale determinato ex ante	1) Pressione politica per ricorrere direttamente a forme concorsuali 1) Inadeguati controlli a livello regionale 1) Inadeguati controlli a livello aziendale	Medio	Medio	Atti di indirizzo della Regione Campania (es. decreti commissario ad acta) Autorizzazione regionale Verifica da parte del GRU della coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura di reclutamento e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore	
		Progettazione del concorso/avviso pubblico per il reclutamento di personale	Definizione dei criteri per la selezione	4) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante.	Discrezionalità: la Direzione strategica definisce e approva i criteri su proposta del GRU, ma nei fatti la Direzione Strategica ha pieni poteri decisionali. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire	Medio	Medio	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Pubblicazione.		
			Pubblicazione del bando	5) Scelta di un periodo (es. periodi festivi) per la pubblicazione del bando in cui può essere limitata la partecipazione del maggior numero di candidati possibili	Manca un controllo sui periodi di pubblicazione da soggetto terzo rispetto al GRU	Medio	Medio	Monitoraggio dei bandi pubblicati		
		Selezione del personale	Ricezione domande	6) Accettazione domande pervenute oltre la scadenza	Le domande sono ricevute tramite Protocollo o PEC	Basso	Basso	Le domande sono ricevute a mezzo di un sistema informativo che attesta la data di ricezione		
			Verifica requisiti di ammissione	7) Omissione o non adeguata verifica dei requisiti	Assenza di controlli o verifiche superficiali	Basso	Basso			
			Nomina Commissione: 1. Per i concorsi pubblici la nomina è realizzata tramite sorteggio nel rispetto della normativa vigente 2. Per altre procedure (mobilità, avvisi pubblici, etc.) la nomina compete alla Direzione Strategica	8) Composizione pilotata della commissione di concorso al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante. Per entrambi i punti: 9) Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante	Per il rischio 8): Discrezionalità della Direzione Strategica Per il rischio 9) Discrezionalità della Commissione	Medio	Medio	Per il punto 1 della azione: 1) Sorteggio dei componenti della commissione di concorso. 2) Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità dei commissari esterni ed interni. Per entrambi: 3) Codice di comportamento 4) Obbligo di pubblicazione (art. 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.		
			Valutazione titoli dei candidati	10) Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante	Discrezionalità della Commissione. Assenza di controlli o verifica superficiale.	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art. 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. 8		
			Svolgimento e valutazione prove	11) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la 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 Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. 8		
	Comunicazione e pubblicazione dei risultati		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			
	Comunicazione e pubblicazione dei risultati		13) Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire. 14) Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirsi tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.	1 e 2) Assenti i presupposti programmatici e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative	Medio	Medio	1) Norme di legge			
	2) Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica	Programmazione	Definizione del fabbisogno	1) Alterazione fabbisogno di personale (profilo) 13) Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire. 14) Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirsi tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.	1 e 2) Assenti i presupposti programmatici 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	
		Selezione	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 Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.		
			Valutazione dei candidati	17) Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante	Discrezionalità della commissione nella valutazione	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art. 19 del Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.		
			Svolgimento e valutazione prove	18) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la 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 Digs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Digs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. 8		
	Comunicazione e pubblicazione dei risultati	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		20) Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	UOC Gestione Risorse Umane	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		21) Arbitraria assegnazione della retribuzione di risultato	UOC Gestione Risorse Umane	Inadeguata attuazione del SMV Discrezionalità nella valutazione	Basso	Basso	Sistema di misurazione e valutazione delle performance Codice di comportamento		

Area (Da PMA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	Misure esistenti	Misure integrative
2) Incarichi e nomine	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 corruttivi 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 inconfenibilità e incompatibilità di incarichi	Discrezionalità	Medio	Medio	1) Norme di legge 2) Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali - art.13 (del n. 105 del 2017)	Aggiornamento del Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali
	2) Conferimento di incarichi di collaborazione	Selezione pubblica per il conferimento di incarichi attivati su progetti autorizzati.		U.O.C. G.R.U. U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA U.O.C. TECNOLOGIA OSPEDALIERA	4) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione 5) Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfenibilità 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 inconfenibilità e incompatibilità di incarichi 8) Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Discrezionalità	Medio	Medio	Costituzione dell' Avvocatura interna Attivazione dell'assicurazione per risarcimento dei danni che riduce il ricorso ad avvocati esterni Regolamento che disciplina l'accesso alla short list	
		Selezione e incarichi di consulenza tecnica		U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA	9) Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione, in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfenibilità 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	
	3) Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001			DIRETTORI U.O.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. E' stata inoltre prevista la costituzione di un nucleo di verifica interno per il controllo delle attività extraistituzionali svolte dal personale	
	4) Procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali	Proposta di incarico		DIRETTORE GENERALE - COMITATO DI DIPARTIMENTO - DIRETTORI DI DIPARTIMENTO - DIRETTORI 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
		Attribuzione incarico		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 inadempimenti 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	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 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	Misure esistenti	Misure Integrative	
1) Approvvigionamenti	Programmazione	Rilevazione del fabbisogno (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)	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.	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	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. 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 appostamente 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.		
					3) Frazionamento delle forniture 4) Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (Attivazione di procedure una tantum)		Medio	Medio			
		Definizione del fabbisogno Verificare la congruenza del fabbisogno rilevato con gli obiettivi strategici e il budget assegnato	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			
	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	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	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	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 separazione delle funzioni Esternalizzare 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, ...)
						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 capitolati 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
						12) Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquistare 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 capitolati previsione di penali e cause di risoluzione del contratto	
	Progettazione della gara	Definizione della strategia di gara (tipo di gara, base d'asta, criteri di partecipazione, criterio di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio)	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	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	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	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	
						14) Applicazione distorta dei criteri di valutazione 15) Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante DEV 16) Mancata definizione dei criteri motivazionali per l'attribuzione dei punteggi in caso di DEV 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/sopur 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, ...)
						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)	
	Selezione del contraente	Valutazione offerte	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	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	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	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	1. Attività di formazione su normativa codice degli appalti
						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 finanziaria e tecnico professionali	
						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	
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Custodia documentazione di gara	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	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	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	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 incaricato presso l'UOC		
					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	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, ...)	
Esecuzione e rendicontazione	Verifica dell'anomalia dell'offerta	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	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	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	29) Eccessivo ricorso alle varianti	Mancata/errata progettazione nella determinazione dell'oggetto d'appalto	Medio	Medio	Provisione di apposita progettazione interna o esterna prima dell'attivazione dell'appalto Validazione della progettazione nei casi previsti dalla legge		
					30) Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma 31) Pagamenti ingiustificati	Non corretta gestione dell'esecuzione del contratto	Medio	Medio	Provisione 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.		
					32) Bypassare la selezione pubblica attraverso assunzioni per il tramite di agenzie di somministrazione di lavoro 33) Iniscrizione 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 perseguibile. Tuttavia tale soluzione si presta anche a scopi corruttivi e di mala amministrazione; inoltre occorre evidenziare che sul personale prestatore 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	Verifica dei requisiti per la stipula del contratto	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	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	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	34) Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società	Mancanza di trasparenza	Medio	Basso	Con Delibera n. 386/2018 è stato approvato un apposito regolamento per disciplinare la stipula delle Convenzioni. Nel corso del 20189 è stato inoltre elevato il livello di trasparenza in merito pubblicando la data di inizio dei vari rapporti convenzionali (dato storico)		
					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			
					37) Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società	Mancanza di trasparenza	Medio	Medio			
3) Convenzioni	Verifica dell'offerta anomala	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	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	UOC Provveditorato ed economato; UOC Farmacia; UOC Ingegneria Ospedaliera; UOC Tecnologia Ospedaliera; UOC SIA	38) Convenzioni con enti non profit	UOC Affari generali					
					39) 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 AUSP					
					40) Convenzioni con Università, Ens di ricerca e altre AAOO	1) ricezione bozza di convenzione 2) attivazione procedura	UOC Affari generali				

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 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	Misure esistenti	Misure integrative
4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1) Utilizzo dei beni e risorse aziendali		DIREZIONE STRATEGICA TUTTE LE STRUTTURE TUTTI I DIRIGENTI TUTTI I DIPENDENTI	1) Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali.	Carenza di controlli	Medio	Medio	Codice di comportamento Internet: inserimento firewall che blocca alcuni siti Linee telefoniche: blocchi e limitazioni applicate	
	2) Richieste rimborsi spese	1. Presentazione richiesta di rimborso 2. Verifica sulla documentazione comprovante la spesa 3. Liquidazione somme da rimborsare	DIREZIONE STRATEGICA TUTTE LE STRUTTURE TUTTI I DIRIGENTI TUTTI I DIPENDENTI	2) Falsificazione documentazione comprovante la spesa. 3) Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio.	Mancanza di piena consapevolezza di responsabilità Conflitto di interessi	Medio	Medio	Codice di comportamento Regolamento policy conflitto di interessi per evitare mancanza di controlli	
	3) Attribuzione budget	1. Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di responsabilità 2. Elaborazione schede di budget e schede obiettivi 3. Assegnazione obiettivi per Centri di responsabilità 4. Negoziazione degli obiettivi 5. Approvazione del budget aziendale e assegnazione ai Centri di responsabilità	DIREZIONE STRATEGICA U.O.C. SIA Comitato di Budget	4) Alterazione dei dati volta a favorire una struttura nell'assegnazione del budget	Mancanza di considerazione degli obiettivi di performance nell'assegnazione del budget	Medio	Medio	Regolamento di budget (istituzione del Comitato di Budget, regolamento e procedure di negoziazione) - Delibera 450 dell' 11/12/2015. Tracciabilità dell'elaborazione dei dati propedeutici all'assegnazione. OIV	
	4) Transazioni		U.O.C. Affari Legali U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	5) Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Nel 2019 è stato adottato un Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interessi	
	5) Liquidazione attività intramoenia	1. Controllo ai fini della liquidazione dell'ALPI 2. Liquidazione compensi	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE AMM/VA U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	6) Favorire nell'ordine di pagamento un professionista 7) Indebita percezione di emolumenti economici	Assenza di trasparenza nella liquidazione dell'attività. Assenza di strumenti adeguati e garantiti di un corretto percorso amministrativo.	Basso	Basso	1) Nuovo regolamento ALPI: Contabilità separata gestita dall'ALPI con divieto per i medici di prendere soldi direttamente dal paziente 2) Procedure informatiche. 3) Tracciabilità dei pagamenti.	
	6) Pagamento fornitori/creditori	1. Liquidazione tecnica-amministrativa delle spese 2. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria emette l'ordine di pagamento 3. Il mandato di pagamento viene trasmesso al Tesoriere 4. Il Tesoriere estingue i mandati ricevuti	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	8) Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori.	Mancanza di tracciabilità	Medio	Medio	Pagamento centralizzato con SORESA Rispetto della cronologia della determina Il Dirigente controllo la legittimazione, l'autorizzazione di spesa e la copertura economica Controllo del collegio sindacale (audit sui pagamenti) Soresa che controlla sui doppi pagamenti Attivazione di recente della determina informatica Pubblicazione indici dei tempi di pagamento	
	7) Incassi Ticket e gestione recupero crediti codice bianco	1. Il cassiere incassa la somma e rilascia quietanza liberatoria o regolare fattura. 2. A fine giornata il cassiere: 2.1 elabora la distinta delle operazioni giornaliera 2.2. attiva l'importazione automatica in contabilità 2.3 elabora un prospetto dell'incasso giornaliero e lo trasmette alla U.O.C. Gestione Economica 2.4 preleva l'incasso e lo trasferisce alla Tesoreria	RESPONSABILE A.L.P.I. SERVIZIO C.U.P. U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA U.O.C. SIA	9) Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket. 10) Falsa autodichiarazione e accettazione al CUP per ottenere l'esenzione in caso di assegnazione codice bianco 11) Alterazione delle liste di nominativi dei beneficiari esenzione in caso di codice bianco	Per evento 68): 1. Omissione del controllo in tesoreria. 2. Mancata registrazione delle 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 acquisto consente di far interfacciare la ditta che segue il servizio con la tesoreria. Per evento 70): 1. Il processo di autorizzazione al rimborso prevede l'autorizzazione da parte del Direttore della struttura e non del medico. Per evento 71): Possibilità di tracciare gli accessi. Delibera di adesione con Agenzia dell'entrate per il recupero crediti codici bianchi	
	8) Emissione mandati/incasso reversali	1. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette con modalità telematica la distinta a Tesoriere 2. Emissione ordinativo d'incasso e sua sottoscrizione da parte del Direttore della U.O.C. Gestione Economica Finanziaria 3. Registrazione dell'ordinativo d'incasso nel giornale di Cassa e invio per via telematica al Tesoriere 4. Gli agenti della riscossione incassano le somme 5. Gli agenti della riscossione versano al Tesoriere le somme incassate	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	12) Distrazione di risorse mediante alterazione/ falsificazione dei dati/documenti.		Basso	Basso	1. Monitoraggio Collegio Sindacale 2. Sistema di centralizzazione pagamenti Soresa	
	9) Recupero crediti	1. La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria sollecita i crediti scaduti e non ancora riscossi 2. Ad un anno dalla data di fatturazione la U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette la documentazione alla U.O.C. affari legali per la riscossione coatta	U.O.C. AFFARI LEGALI SERVIZIO C.U.P. DIREZIONE AMMINISTRATIVA	13) Favorire utenti non solventi.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	1) Norme di legge in materia di riscossione coattiva. 2) Procedura specifica. 3) Regolamento conflitto di interessi	
	10) Gestione risarcimento danni	1. Richiesta risarcimento 2. Istruttoria richiesta 3. Erogazione della somma	U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	14) Favorire il soggetto danneggiato.	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Protocolli interni. Attivata l'assicurazione per risarcimento danni. Regolamento conflitto di interessi	
	11) Stipula di contratti di locazione e acquisizione/alienazioni e 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 cespite nell'attivo patrimoniale dell'Asienda 5. (in caso di alienazione) Eliminazione del cespite 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 Dichiarati 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 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	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.	
	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 2021-2023	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2022-2024	Misure esistenti	Misure integrative
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	AREA MEDICA	1. Accessi prioritari programmati	U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI SANITARI	4) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 5) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Mancata implementazione della possibilità di effettuare esami specialistici internamente alla struttura ritenuti necessari all'atto della prima prestazione erogata	Medio	Medio	Tutte le agende di prenotazione sono gestite dal CUP in maniera informatizzata e visibile sul sito web aziendale, ove necessario organizzate secondo classi di priorità, strutturate in modo da tenere separate l'attività istituzionale da quella libero professionale e le agende riguardanti i primi accessi 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).	
		2. Prestazioni ambulatoriali per la prescrizione di farmaci che necessitano di piano terapeutico		6) Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa 7) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 8) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Come Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	Medio	Medio		
		3. Day Service		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		
	AREA CHIRURGICA	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	UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	n.r.		Basso		Basso
		4. Ricovero chirurgico programmato e in elezione	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		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. Carezza di posti letto di reparto per attività elettive	Medio		Medio
		5. Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	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		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
	6. Gestione 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	Accettazione in pronto soccorso	15) Falsa assegnazione del codice per finalità corruttive/interessi personali	Conflitto di interessi	Basso	Basso		
				16) Bypassare la lista di attesa attraverso l'accesso in pronto soccorso per urgenza	Conflitto di interessi Mancanza di controlli Mancata esatta separazione della gestione tra ricoveri di urgenza e ricoveri ordinari	Medio	Medio		

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2020-2022	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	Misure esistenti	Misure integrative
8) Farmaceutica	1) Gestione Farmaci e dispositivi medici	Prescrizione farmaci e dispositivi medici	Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	1) Abuso della propria autonomia professionale nella inappropriata prescrizione di farmaci e materiale sanitario al fine di favorire la diffusione di un determinato prodotto, oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali. 2) Arbitrio nella prescrizione dei prodotti fuori gara regionale	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali- quantitativo delle prescrizioni Assenza di una sistematica e puntuale reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco - malattia, farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.	Medio	Medio	Sistema SANIARP per i farmaci prescritti ad alto costo o i soggetti a prescrizione AIFA 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 accorpato più rischi)	Assenza di sistema informatizzato	Medio	Medio	Verifica congruità colli rispetto alla bolla Conguità bolla rispetto all'ordine Convalida finale e nulla osta per il carico informatico del materiale Sistema di video sorveglianza Cassaforse 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 farmacia, trasmissione al preparatore che allestisce il pacco da inviare in reparto; nel momento dello scarico dal magazzino in automatico il prodotto viene caricato nell'armadietto; validazione nel reparto e poi utilizzo. (Sistema order entry)	UOC Farmacia Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	7) Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali.	Errato processo di carico/scarico dei farmaci Mancato controllo	Medio	Medio	Sistema informatico Order entry Ispezione di reparto da parte della UOC Farmacia per verificare la corretta tenuta tra farmaci e dispositivo (un controllo l'anno)	
		Gestione delle apparecchiature elettromedicali	UOC Tecnologia Ospedaliera Commissione HTA Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	8) Alterazione delle informazioni relative al parco macchine e/o alle singole attrezzature al fine di anticipare la sostituzione e/o indurre ad acquisire attrezzature non necessarie 9) Omissione di manutenzione finalizzata a rendere non riutilizzabili le apparecchiature.	Mancata inventariazione di tutte le apparecchiature	Medio	Medio	Inventario di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico (BIOGEST) che non copre il 100% delle apparecchiature Piano di Manutenzione sulla base del capitolato di gara definito da SORESA Per l'alta tecnologia c'è l'affidamento alla casa madre Regolamento per l'acquisizione di beni infungibile ed esclusivi Per le macchine di alta tecnologia si attua la consultazione preliminare di mercato	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	Misure esistenti	Misure integrative
7) Attività libero professionale	1) Autorizzazione Attività ALPI	<ol style="list-style-type: none"> Presentazione domanda scritta da parte del medico interessato accompagnata dal parere del Direttore di Struttura Complessa o semplice e validata dal Direttore di Dipartimento La U.O ALPI accoglie le istanze e istruisce le pratiche amministrative Deliberazione aziendale di autorizzazione 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 Paritetica 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	<ol style="list-style-type: none"> Richiesta del cittadino di prestazione a pagamento e scelta del professionista Messa a conoscenza della spesa da affrontare per il cittadino (in caso di prestazioni complesse preventivo di spesa) Prenotazione prestazione Accettazione/Pagamento prestazione Erogazione della prestazione 	UO Liste di attesa, accreditamento e qualità e ALPI; Commissione Paritetica 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 2019-2021	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2020-2022	Misure esistenti	Misure integrative
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	1) Sperimentazioni	1. Richiesta di sperimentazione 2. Approvazione del contratto 3. Fatturazione e liquidazione compenso	Direzione Sanitaria DIREZIONE AMM/VA U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO	1) Far prevalere l'interesse personale dello sperimentatore e altri soggetti coinvolti al fine di ottenere benefici economici. 2) Pressione dello sperimentatore e/o di altri soggetti coinvolti su componenti del Comitato etico di riferimento al fine di ottenere benefici e vantaggi privati	Conflitto di interessi	Medio	Medio	Regolamento policy di gestione conflitto di interesse (Reg. 254/2019)	
	2) Sponsorizzazioni di attività non formative e formative	1. Individuazione delle iniziative di sponsorizzazione 2. Proposta di sponsorizzazione (su iniziativa dell'Azienda o di terzi) 3. Elaborazione Progetto di sponsorizzazione 4. Selezione dello sponsor	DIREZIONE SANITARIA U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE U.O.C. Formazione e Performance	3) Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni	Interesse dello sponsor privato volto alla diffusione "condizionata" dei propri prodotti in un sistema di pubblico servizio. Conflitto di interesse e comparaggio. Non corretta applicazione del regolamento aziendale	Medio	Alto	Regolamento PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI (DeliberaZIONE 283/2011) REGOLAMENTO RELATIVO ALLA "ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI ESTERNI SPONSORIZZATI IN AZIENDA" ALLA "PARTECIPAZIONE AD EVENTI FORMATIVI ESTERNI SPONSORIZZATI CON SPESA A CARICO DI SOGGETTI TERZI", APPROVAZIONE (DELIBERAZIONE 385/18).	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative esterne svolte dai dipendenti per controllare la presenza di sponsor e 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 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	Misure esistenti	Misure integrative	
10) Medicina legale	1) Medicina legale Certificativa	Interna: Visita medico legale su chiamata del responsabile dell'unità operativa (richiesta interna di visita o parere medico legale per un traumatizzato)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	1) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) codice di comportamento		
		Interna: Parere tecnico per presunta colpa professionale (a fronte di una richiesta di risarcimento danno)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	2) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Consiglio di transazioni bonarie in caso di incertezza sulla vittoria 2) Attività svolta in equipie 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 equipie per il settore certificativo e firmata da i tre medici (previsto da REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE)		
		Esterna: Certificazione di idoneità psicofisica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	4) Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficiale ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per conduzione autoveicoli, motoveicoli, natanti).	Discrezionalità del medico legale	Medio	Medio	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Procedure informatizzate. 3) Tracciabilità. 4) Attività svolta da un solo medico legale con controfirma del Dirigente		
		Polo della Violenza sessuale o abuso su minore: Visita richiesta dall' autorità giudiziaria o dal privato, con documentazione fotografica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	non rilevati						
	2) Medicina legale Necroscopica Aziendale	Invio in sala mortuaria			non rilevati				Codice etico del personale e le informazioni ai congiunti sul comportamento da tenere in funzione delle disposizioni aziendali	1. Regolamento di Polizia Mortuaria (in fase di Attuazione)
		Scelta ditta funeraria	U.O.C. MEDICINA LEGALE	5) Chiamata/imposizione delle ditte funerarie da parte degli operatori	Mancanza di trasparenza	Basso	Basso	REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE CHE PREVEDE: Comunicazione su sito ditte autorizzate al trasporto feretri; Affissione indicazioni per scelta ditta funeraria. Consegna ai congiunti di una lettera in cui sono contenute informazioni relative al codice etico del personale e ai comportamento che i congiunti sono tenuti a rispettare in funzione delle disposizioni aziendali. Modulo firmato dai parenti per la dichiarazione della libera scelta Nel 2017: richiesta di documento di riconoscimento del defunto, per accertare i dati anagrafici, da allegare alla certificazione necroscopica rilasciata dal medico legale dell'UO aziendale		
		Compilazione documentazione da consegnare alla ditta						Documentazione consegnata ai familiari (le ditte possono accedere solo su delega delle famiglie)		
	3) Obitorio giudiziario	Trasporto in sala mortuaria a disposizione della magistratura	U.O.C. MEDICINA LEGALE	6) Mancata attivazione di convenzioni per l'utilizzo dell'obitorio giudiziario con le amministrazioni comunali che sono tenute al rimborso delle spese, al fine di favorirle	Nel territorio di Caserta le salme giudiziarie vengono inviate direttamente all'obitorio dell'azienda ospedaliera senza il coinvolgimento delle amministrazioni comunali; manca una convenzione con le amministrazioni. Vengono inviate su pressione dei politici locali. Attori esterni che non si assumono la loro responsabilità	Basso	Basso	Già attuato il protocollo di intesa tra l'AO di Caserta, la Procura di S. MARIA CAPUA VETERE e l'Università L. Vanvitelli di Napoli Protocollo di intesa di convenzionamento tra le amministrazioni comunali afferenti alle due procure di S. Maria Capua Vetere e Napoli Nord e l'AO		
		Conservazione della salma								

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2022-2024	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	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 2020-2022	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2023-2025	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 UUOD di area amministrativa e sanitaria proponenti; UOC Formazione, Qualità e Performace;	1) Alterazione del fabbisogno formativo al fine di curare il piano di formazione al perseguimento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	<u>Regolamento formazione e aggiornamento professionale</u> (Reg. 389/2018)	<u>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.</u>
		Pianificazione offerta formativa	Direzione generale Direttori delle UUOCC e UUOD di area amministrativa e sanitaria proponenti; UOC Formazione, Qualità e Performace;	2) Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancanza di verifica interna ed esterna della coerenza tra obiettivi formativi inseriti e priorità definite nella documentazione strategica	Alto	Alto		
		Attribuzione incarico docenti interni/esterni e/o enti di formazione	UOC Formazione, Qualità e Performace UOC Provveditorato ed economato	3) Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri.	Non adeguata e non puntuale definizione delle procedure da seguire per l'affidamento degli incarichi di docenza	Alto	Alto		
		Erogazione dei corsi di formazione	UOC Formazione, Qualità e Performace	4) Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi	Mancanza di strumenti di controllo e rendicontazione del Piano di Formazione	Alto	Alto		
	2) Organizzazione di eventi formativi sponsorizzati in azienda	Definizione e/o selezione degli eventi formativi sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	5) Pilotamento della definizione o selezione degli eventi formativi sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	<u>Regolamento "Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi"</u> (Reg. 385/2018)	<u>Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018</u> <u>Definizioni di sanzioni per gli sponsor che finanziano direttamente il singolo dipendente, attraverso ad esempio l'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.</u>
		Contratto con lo sponsor	UOC Formazione, Qualità e Performace	6) Inserire clausole che possono favorire lo sponsor e/o personale predeterminato	Non adeguate verifiche	Alto	Alto		
		Selezione del personale destinatario dei eventi formativi sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	7) Favorire personale predeterminato	Mancanza di collegamento tra il fabbisogno formativo del personale e l'offerta formativa proposta	Alto	Alto		
	3) Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati	Acquisizione e selezione dei programmi di eventi formativi esterni sponsorizzati	Direzione generale UOC Formazione, Qualità e Performace	8) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private	Mancanza di collegamento della formazione agli indirizzi strategici e agli obiettivi specifici dell'AO. Mancata analisi e valutazione dei gap di competenza necessarie per l'attuazione degli obiettivi e la realizzazione delle mansioni/compti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto		
		Selezione del personale per la partecipazione agli eventi formativi esterni sponsorizzati	Direzione generale UOC Sviluppo organizzativo risorse umane; UOC Formazione, Qualità e Performace	9) Favorire personale predeterminato	Mancanza di collegamento tra il fabbisogno formativo del personale e l'offerta formativa proposta	Alto	Alto		
		Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati	Tutti i dipendenti Direzione generale UPD	10) Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO	Mancanza di conoscenza e consapevolezza dell'illecito da parte dei dipendenti; Non adeguata attuazione del sistema sanzionatorio sia nei confronti dei dipendenti che nei confronti delle aziende che sponsorizzano la formazione di singoli operatori sanitari	Alto	Alto		



P.I.A.O. 2023/2025

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

Misure di trattamento del rischio

MISURA N. 1

Denominazione Misura	Controllo applicazione del regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la disciplina della fase di nomina del RUP, della Commissione di valutazione (con soggetti anche esterni alla UOC) e della fase concernente l'esecuzione dei contratti (nomina DEC, vigilanza, ...)
Finalità	<p>Il Regolamento è predisposto per prevenire i seguenti rischi individuati nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Contratti pubblici":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Omessa rilevazione o segnalazione di incompatibilità e 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 30/06/2022 la UOC "Provveditorato-Economato" predispone una relazione sull'andamento della misura.
Indicatori di monitoraggio	Verifica adozione regolamento
Target	Adozione regolamento



MISURA N. 2

Denominazione Misura	Controlli a campione in loco per prevenire la falsa attestazione della presenza in servizio
Finalità	<p>La misura dovrà essere attuata per prevenire i seguenti rischi individuati nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Controlli e sanzioni":</p> <ol style="list-style-type: none">1) Falsa attestazione della presenza in servizio.2) Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio. <p>La concreta attuazione della misura sarà dimostrata da appositi documenti (es. verbali controllo) idonei a rappresentare i controlli sia sotto il profilo quantitativo (es. n. di dipendenti controllati) che qualitativo (es. criteri utilizzati).</p>
Referente	La misura sarà attuata su impulso dal nucleo per le Verifiche delle presenze di cui alla delibera n. 401 del 5/6/2019.
Cronoprogramma	La misura sarà attuata mediante controllo che hanno come riferimento il periodo compreso tra il 1/1/2023 e il 31/12/2023.
Indicatori di monitoraggio	Numero di controlli effettuati
Target	Minimo 20% personale controllato



MISURA N. 3

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

Cronoprogramma	La misura sarà attuata mediante controllo che hanno come riferimento il periodo compreso tra il 1/1/2023 e il 31/12/2023.
Indicatori di monitoraggio	Percentuale di attività controllate sul totale frequentate
Target	Min 5%

MIISURA N. 4

Denominazione Misura	Controllo dell'applicazione di quanto integrato al regolamento approvato con delibera n. 385/2018 per l'acquisizione di beni e servizi con la previsione di sanzioni per gli sponsor che ("Organizzazione di eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi"), finanziano direttamente i dipendenti
Finalità	<p>Il regolamento approvato con delibera n. 385/2018 prevede che gli sponsor dichiarino la disponibilità a contribuire alla copertura delle spese per la partecipazione ad eventi di formazione e aggiornamento del personale dipendente dell'Azienda mediante domanda da presentare direttamente alla Direzione generale che provvede poi ad individuare i dipendenti idonei alla partecipazione degli eventi promossi.</p> <p>Il Regolamento esclude che gli sponsor possano sponsorizzare direttamente il singolo dipendente, anche mediante il solo rimborso delle spese di viaggio.</p> <p>In tale contesto, nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Formazione del personale" sono individuati i seguenti eventi rischiosi relativi agli eventi formativi esterni sponsorizzati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private 2) Favorire personale predeterminato 3) Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante l'integrazione del Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi con la previsione, per gli sponsor che, in violazione del reg. 385/2018, finanziano direttamente i singoli dipendenti, dell'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.</p> <p>La misura è strettamente collegata alla misura 6.</p>
Referente	La misura sarà attuata su impulso della UOC "Provveditorato-Economato" che assumerà il ruolo di referente della misura.



Cronoprogramma	Entro il 30/06/2023 la UOC "Provveditorato-Economato" predispone una relazione sull'andamento della misura.
Indicatori di monitoraggio	Verifica adozione regolamento
Target	Adozione regolamento

MISURA N. 5

Denominazione Misura	Formazione specialistica in materia di appalti pubblici
Finalità	<p>Nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Contratti pubblici", la mancanza/carenza di competenze specifiche, anche in riferimento alle specifiche categorie merceologiche, è individuata tra le cause abilitanti di eventi rischiosi sia nella fase di progettazione della gara che nella fase di selezione del contraente.</p> <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante la realizzazione di attività di formazione su normativa codice degli appalti.</p> <p>Sarà coinvolto tutto il personale delle UOC "Provveditorato ed Economato", "Tecnologia Ospedaliera", "Ingegneria Ospedaliera" e "Sistemi Informatici Aziendali".</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".
Cronoprogramma	I corsi saranno inseriti nel PAF (Piano aziendale di formazione) e realizzati entro il 31/12/2023.
Indicatori di monitoraggio	Numero di dipendenti formati/Numero di dipendenti assegnati alle UU.OO.CC. interessate
Target	90%



MISURA N. 6

Denominazione Misura	Contrasto ad un uso distorto del Piano aziendale di formazione
Finalità	<p>Nell'Allegato 1 "Catalogo dei rischi" – Sezione "Formazione del personale" sono individuati i seguenti eventi rischiosi relativi allo Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Alterazione del fabbisogno formativo al fine di curvare il piano di formazione al perseguimento di finalità e utilità private2) Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione3) Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri.4) Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi <p>Pertanto, la misura sarà implementata mediante la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" (in una apposita sezione da creare all'interno della pagina A.O.R.N. Caserta >> Amministrazione Trasparente >> Altri contenuti) del sito internet aziendale del PAF (Piano aziendale della formazione) e dei report periodici previsti dal punto 2.1.3 del Regolamento approvato con deliberazione n. 389/2018.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".
Cronoprogramma	La pubblicazione del PAF avverrà entro 30 gg dalla sua adozione. La pubblicazione dei report avverrà entro 10 gg dallo loro redazione.
Indicatori di monitoraggio	Verifica pubblicazioni



Target	Avvenute pubblicazioni
--------	------------------------

MISURA N. 7

Denominazione Misura	Controllo delle cause di inconfiribilità di cui all'art. 35 bis del D. Lgs. 165/2001 e all'art. 3 del D. Lgs. 39/2013
Finalità	<p>Il PNA raccomanda di prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative le verifiche della sussistenza di eventuali cause di inconfiribilità di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.</p> <p>Pertanto, la presente misura sarà attuata mediante una verifica campionaria del casellario giudiziale dei dipendenti oggetto degli incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.</p> <p>Il Campione sarà costituito da almeno il 5% degli incarichi conferiti.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC G.R.U. che individuerà la procedura di campionamento e i soggetti coinvolti.
Cronoprogramma	<p>Il campionamento sarà effettuato entro il 30/06/2023 con riferimento agli incarichi in essere al 31/05/2023.</p> <p>Successivamente, entro il 31/07/2023, si provvederà a richiedere i casellari giudiziali dei dipendenti campionati.</p>
Indicatori di monitoraggio	Numero dipendenti controllati/numero dipendenti destinatari incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013
Target	Min 5%



MISURA N. 8

Denominazione Misura	Rotazione del personale
Finalità	<p>L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è stato previsto nel PNA come misura di prevenzione della corruzione da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare.</p> <p>L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Tale misura, c.d. rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione ordinaria. La rotazione c.d. "ordinaria" del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta infatti una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. Essa è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b).</p> <p>La misura sarà attuata mediante la predisposizione di un apposito Piano di Rotazione, ordinaria e straordinaria, da attuarsi nel biennio successivo.</p> <p>Il Piano sarà predisposto secondo i principi di cui all'Allegato 2 al PNA 2020.</p>
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "Gestione Risorse Umane" sotto il coordinamento della Direzione Amministrativa.
Cronoprogramma	Entro il 30/09/2022 la UOC GRU trasmetterà alla Direzione Amministrativa una ipotesi di Piano



	Entro il 31/12/2022 sarà adottato il Piano Entro il 31/12/2024 sarà attuato il Piano
Indicatori di monitoraggio	Verifica Predisposizione Piano
Target	Predisposizione Piano

MISURA N. 9

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



Indicatori di monitoraggio	Numero dichiarazioni acquisiti/numero dipendenti cessati che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali
Target	100%

MISURA N. 10

Denominazione Misura	Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo
Finalità	<p>Tra le principali misure di prevenzione della corruzione suggerite dal rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.</p> <p>L'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT.</p> <p>La formazione sarà strutturata su due livelli:</p> <ul style="list-style-type: none">○ uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità;○ uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad



	approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. Dovrebbero, quindi, definirsi percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono.
Referente	La misura sarà attuata dalla UOC "APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE".
Cronoprogramma	I corsi saranno inseriti nel PAF (Piano aziendale di formazione) e realizzati entro il 31/12/2023.
Indicatori di monitoraggio	Numero dipendenti oggetto di formazione generale/numero dipendenti totali Numero dipendenti oggetto di formazione specifica/numero dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo
Target	Primo indicatore: 30% Secondo indicatore: 90%



P.I.A.O. 2023/2025

"Allegato alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza"

Obblighi di trasparenza



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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

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



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

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

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	UOC gestione risorse umane UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
---	--	---	--	---	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Curricula	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	-----	--	-------------------------------	-----------	---------------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	------------------------	----------------------------------	------------------------	---	----------------------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	---

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.
--	--	--	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento	
Enti controllati		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					Per ciascuno degli enti:		
			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				3) durata dell'impegno	non applicabile	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	---	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
--------------------------------	---	--------------------------------	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
---	---	---	--	--

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture,	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs n. 50/2016)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)		Tempestivo

		<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs n. 50/2016</p>	<p>Avvisi e bandi – Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di</p>		<p>Tempestivo</p>
--	--	---	--	--	--	-------------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti				bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs n. 50/2016)		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs n. 50/2016)	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs n. 50/2016)		Tempestivo



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

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori,		Tempestivo
--	--	---	--	------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualsiasi genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
---------------------	--	--	---	--	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Bilanci		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	---	---	---	---	-----------------	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOC Provveditorato-Economato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	RPCT	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)		Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	UOC GEF	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	UOC affari legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio		Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza		Tempestivo

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	UOC Controllo di gestione	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato da art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	UOC SIA	Tempestivo



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

	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	non applicabile	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
--	--------------------	------------------------------------	---	--	-----------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	UOC GEF	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)		Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti		Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
------------------------------	---	------------------------------	---	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
				possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	UOC Ingegneria Ospedaliera	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
---	----------------------------------	---	---	--	---

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Opere pubbliche		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Ingegneria Ospedaliera	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	non applicabile	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	----------------------------------	---	---	-----------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
				alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse		
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



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

			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
--	--	--	--	--	-----------------	--

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Informazioni ambientali				costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse		
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	non applicabile	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate		Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della	RPCT	Annuale
-----------------	------------------------------	--	---	--	------	---------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti				legge n. 190 del 2012, (MOG 231)		
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)		Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)		Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		Tempestivo



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

	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		Tempestivo
--	--	---	--	--	------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione		Semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	UOC SIA	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria		Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione		Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n.190/2012	Dati ulteriori(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Tutte le strutture interessate per competenza	Annuale

Ai fini della presente procedura, laddove viene fatto riferimento a “Tempestivo”, oltre a quanto riportato all’art. 8, d.lgs. n. 33/2013, si ritiene opportuna la pubblicazione tutte le volte in cui si adottano atti/provvedimenti che modificano la situazione in essere.