



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

Deliberazione del Direttore Generale N. 85 del 29/01/2026

Proponente: Il Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.) 2026/2028 – Adozione

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 29/01/2026 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 ad interim Luigia Infante

ELENCO FIRMATARI

Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE

Umberto Signoriello - UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Vincenzo Giordano - DIREZIONE SANITARIA

Chiara Di Biase - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, Dr. Mauro Ottaiano

Oggetto: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.) 2026/2028 – Adozione

Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

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

Premesso

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

Dato atto

- che è stato predisposto il *Documento Programmatico Generale anno 2026 – Atto di indirizzo del Direttore Generale*, quale documento programmatico che individua le linee di sviluppo annuali, le azioni e le aree di intervento aziendali da attuarsi in sintonia con le linee di indirizzo strategiche della programmazione sanitaria regionale e nazionale;
- che il documento è stato approvato dal Collegio di Direzione nella riunione tenutasi il 15 dicembre 2025 con i direttori di dipartimento per condividerne gli indirizzi ed accogliere eventuali proposte, il cui verbale è agli atti di quest'azienda;
- che il documento programmatico di cui ai punti che precedono è stato adottato con deliberazione n.51/2026;
- che lo stesso documento costituisce, tra l'altro, il documento di riferimento per la redazione del PIAO;

Deliberazione del Direttore Generale

Rilevato

- che, con deliberazione n.630 del 4.8.2022, è stato costituito il *gruppo di lavoro per le attività necessarie all'elaborazione del P.I.A.O.*;
- che, con nota prot. n.29790 del 17.10.2022, è stato individuato quale referente aziendale delegato dall'AORN, ai sensi del disposto della Circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'ing. Umberto Signoriello, Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione;
- che, il predetto gruppo di lavoro, a seguito delle attività espletate ed attraverso i vari contributi elaborati dai responsabili delle varie parti di competenza, ha prodotto la proposta di P.I.A.O.;
- che la proposta di PIAO, per le parti interessate, è stata formulata in conformità agli indirizzi individuati dal Documento Programmatico Generale anno 2026, riportato tra gli allegati del piano;
- che il Piano è stato, altresì, redatto nel rispetto del vigente Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- che il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in data 15.1.2026, ha provveduto a pubblicare sul sito web aziendale istituzionale, l'avviso di consultazione pubblica rivolto agli stakeholders in materia di trasparenza ed anticorruzione, comunicandone gli esiti con nota prot.2612 dell'26.1.2026;
- che, l'OIV, più volte notiziato sulle attività in corso durante le varie fasi di redazione del PIAO, con nota acquisita al protocollo generale con n.2762 del 26.01.2026, ha espresso parere favorevole alla versione definitiva del documento in precedenza trasmesso;

Tenuto conto

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

Ritenuto

- di dover procedere all'adozione del P.I.A.O. 2026/2028 come allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale;
- di dover, altresì, evidenziare che il documento in adozione è rimodulabile in caso di variazioni dell'assetto organizzativo-funzionale, o in caso di assegnazione/individuazione di nuovi obiettivi da raggiungere, o in caso di intervenute ulteriori esigenze che ne richiedano la modifica;

Deliberazione del Direttore Generale

Visti

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

Attestata la conformità del presente atto alle norme sul trattamento dei dati di cui al D.lgs. 196/2003, così come integrato con le modifiche prodotte dal D.lgs. 101/2018 per l'adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalle successive introduzioni previste dalla legge 27 dicembre 2019 n. 160, che contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro “diffusione”, e dichiarato di aver valutato la rispondenza del testo, compreso gli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge;

PROPONE

1. di adottare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2026/2028 che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, di provvedere, come per legge, alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il “Portale PIAO” del Dipartimento della Funzione Pubblica;
3. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori di Dipartimento per la diffusione alle relative UU.OO.;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

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

Deliberazione del Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gennaro Volpe

individuato con D.G.R.C. n. 591 del 06/08/2025

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 109 del 08/08/2025

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

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

Il Direttore Sanitario Dott. Vincenzo Giordano (f.to digitalmente)

Il Direttore Amministrativo Avv. Chiara Di Biase (f.to digitalmente)

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:

1. di adottare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2026/2028 che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di incaricare il referente aziendale, ing. Umberto Signoriello, Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, di provvedere, come per legge, alla trasmissione per la pubblicazione del Piano presso il “Portale PIAO” del Dipartimento della Funzione Pubblica;
3. di demandare alla U.O.C. Affari Generali la trasmissione di copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori di Dipartimento per la diffusione alle relative UU.OO.;
 - alle rappresentanze sindacali aziendali;
4. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

Il Direttore Generale

Dott. Gennaro Volpe

(f.to digitalmente)

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: dott. Gennaro Volpe

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026-2028

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





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

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE 2026-2028

Sommario

PREMESSA	5
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
1.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	7
<i>Chi siamo</i>	7
<i>Cosa facciamo</i>	8
<i>L'amministrazione "in cifre"</i>	11
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	16
2.1 VALORE PUBBLICO	16
<i>Digitalizzazione</i>	23
<i>Accessibilità per disabili ed over 65</i>	31
<i>Interventi di edilizia sanitaria</i>	31
<i>Tutela dell'ambiente e green economy</i>	33
2.2 PERFORMANCE	35
<i>Albero della performance</i>	36
2.2.1 Analisi del contesto	37
<i>Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali</i>	38
<i>Analisi del contesto esterno</i>	38
<i>Analisi del contesto interno</i>	39
<i>I dati di attività degli anni precedenti</i>	40
<i>Le attività nell'ambito delle relazioni con il pubblico</i>	47
<i>Comunicazione – Ufficio stampa e relazioni con i media</i>	50
<i>Le prospettive per l'anno 2026</i>	53
2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	56
<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	58
<i>La valutazione della performance individuale</i>	59
2.2.3 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI	62
<i>Obiettivi strategici assegnati all'Azienda</i>	62
<i>Obiettivi contenuti nel Documento programmatico generale del Direttore Generale per l'anno 2026</i>	64
<i>Obiettivi operativi</i>	65
2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE	66
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	67
<i>Premessa</i>	67

Analisi del contesto esterno	69
Analisi del contesto interno	70
La mappatura dei processi	76
Il registro dei rischi corruttivi.....	78
Le misure di prevenzione della corruzione obbligatorie	91
Monitoraggio misure anticorruzione	104
Sezione Trasparenza	104
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	107
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	107
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	113
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	120
3.3.1 Piano Aziendale di Formazione.....	121
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	123
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	123
4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza	124
4.3 Monitoraggio piano organizzazione lavoro agile	125
4.4 Monitoraggio piano triennale fabbisogni personale	126
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	Competenze
1. Delegato del Direttore Sanitario	C.U.G. e pari opportunità – Sezioni 2.1, 2.2, 3 e 4
2. Direttore UOC Epidemiologia, Qualità, Performance, Flussi Informativi	Performance e formazione– Sezioni 2.2, 3.3, 4
3. Direttore UOC G.E.F.	Programmazione finanziaria – Sezioni 2.1, 3.3, 4
4. Direttore UOC G.R.U.	Programmazione Fabbisogno personale e P.O.L.A. – Sezioni 3, 4
5. Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione	Performance – Sezioni 2.2, 4 - Coordinatore
6. Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Direttore Affari generali	Trasparenza ed anticorruzione e Pubblicazioni atti – Sezioni 2.3, 4
7. Direttore S.I.A.	Informatizzazione – Sezioni 2.1, 2.2, 3.3, 4
8. Referente U.R.P. con funzioni di segretario del GdL	Soddisfazione utenti – Sezioni 2.1, 2.2, 4

Al termine delle attività svolte e dei contributi forniti da ciascuno, 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. Gennaro Volpe
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Avv. Chiara Di Biase
DIRETTORE SANITARIO	Dott. Vincenzo Giordano

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 approvato con Deliberazione di Giunta Regione Campania n. 654 del 16/11/2023, recepito con deliberazione di presa d'atto di questa azienda n.1080 del 30/11/2023, ha applicato le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018 di seguito elencate:

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

della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ex Seconda Università), che della Università "Federico II" di Napoli.

Vision

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

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

Principi Ispiratori

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

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

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

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

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

L'amministrazione "in cifre"

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

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

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

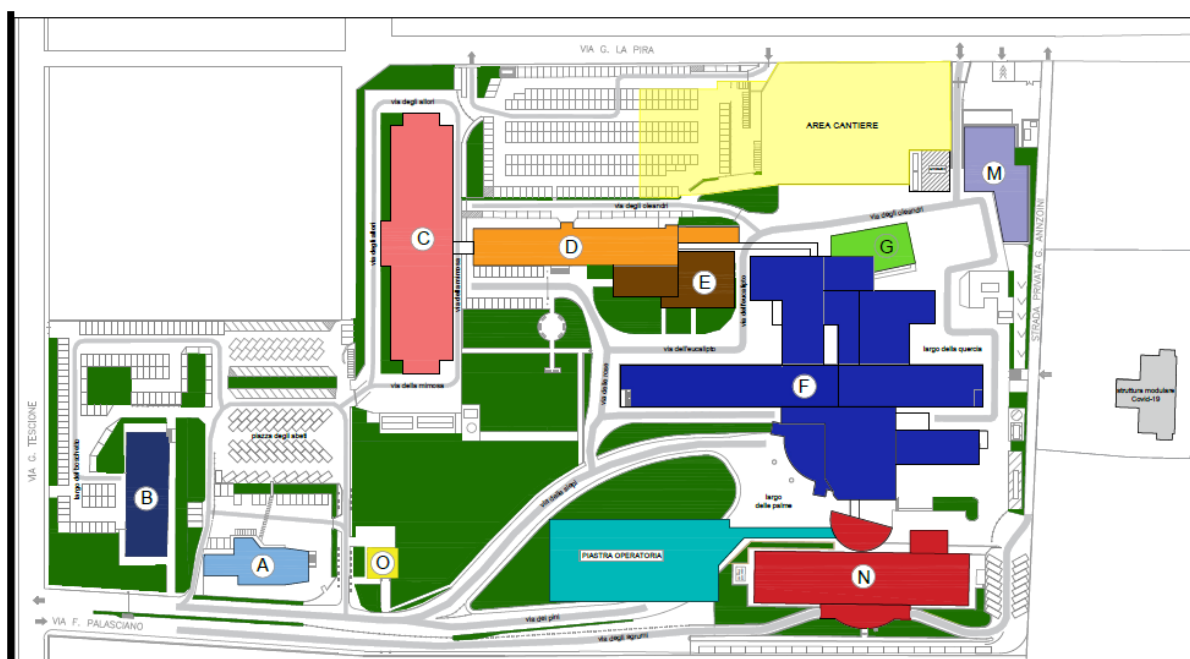
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell'area medica e chirurgica.

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

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

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



Risorse umane

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

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

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

La struttura dell'organico dei dipendenti al 31/12/2025 è così riassunta:

PERSONALE	In servizio	Tempo determinato
Ruolo Sanitario	1456	28
Ruolo Socio-Sanitario	263	0
Ruolo Professionale	13	1
Ruolo Tecnico	74	0
Ruolo Amministrativo	116	0
Totale	1922	29
Totale DIRIGENZA MEDICA	441	28
Totale DIRIGENZA SANITARIA	38	0
Totale DIRIGENZA P.T.A.	18	1
Totale COMPARTO	1425	0
Totale	1922	29

Risorse tecnologiche

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

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

In Azienda, in termini di grandi impianti, risultano operativi e funzionanti:

- N. 3 TC (due 128 slices e una 640 slices "cardiologica");
- N. 2 RMN 1.5 T;
- N. 5 Sistemi per angiografia (tre per emodinamica, uno per angioradiologia interventistica ed uno biplano per la neuroradiologia);
- N. 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

Sono, inoltre, a disposizione di questa AORN ulteriori n. 2 TC (una 16 slices e una 256 slices) e n. 1 sistema angiografico attualmente in deposito conservativo in attesa della disponibilità dei locali.

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

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

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

Risorse finanziarie

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

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

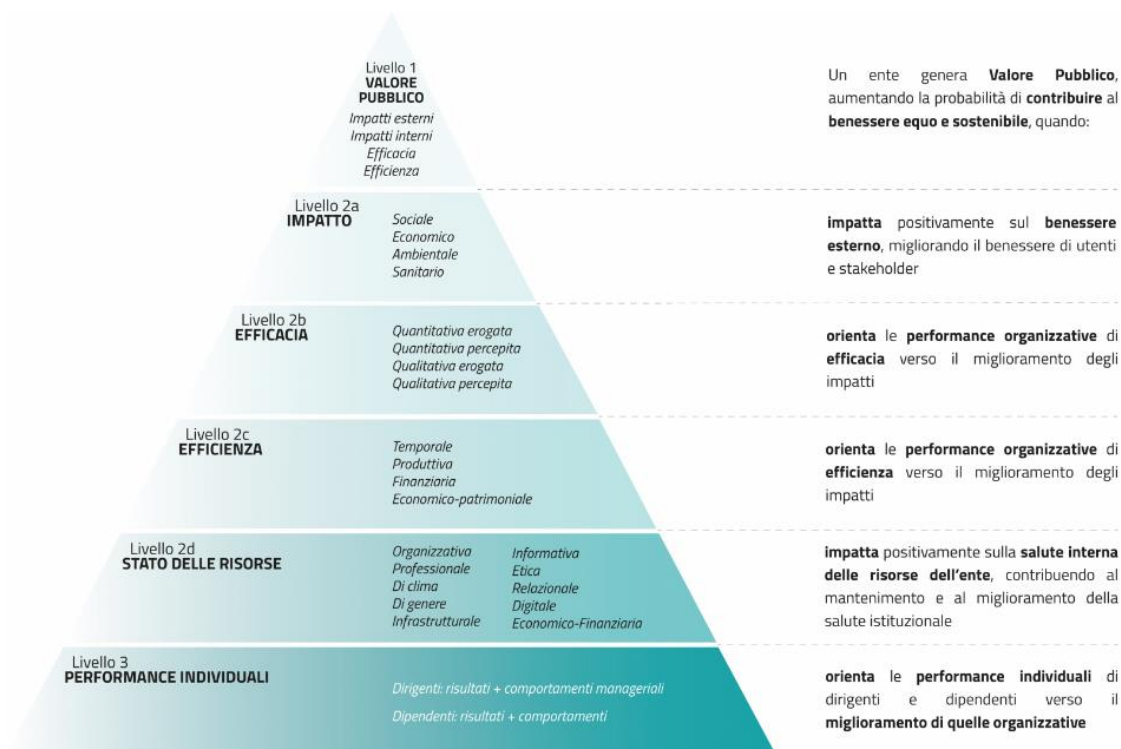
2.1 VALORE PUBBLICO

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 schematizzato nella cosiddetta *Piramide del Valore Pubblico* che viene riportata qui a seguire:



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

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

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

L'azienda, inoltre, dal 2022 al 2025 ha partecipato al Progetto "ENRICH Project: Enhancing the resilience of italian healthcare and hospital facilities" in convenzione con l'Università degli Studi di

Napoli "Federico II". Il progetto si è posto l'obiettivo di migliorare la resilienza delle strutture sanitarie italiane rispetto all'adattabilità funzionale in presenza di situazioni emergenziali, compreso gli eventi sismici, con riferimento sia alle strutture immobiliari e tecnologiche, che a quelle organizzative e di gestione delle risorse umane.

Inoltre, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nell'apposita sottosezione dedicata alla performance gli obiettivi assegnati dal PTPCT che costituiscono obiettivi per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2026 -2028, e, come tali, saranno integrati nelle singole schede. Inoltre, è stato programmato un ciclo di attività varie, comprese quelle formative, allo scopo di meglio implementare ed approfondire le conoscenze dei dipendenti in materia.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici vengono stabiliti in base agli indirizzi fissati dalla direzione aziendale i quali, oltre a confermare gli obiettivi individuati dalle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (Mantenimento dell'equilibrio economico-Miglioramento della qualità dell'assistenza-Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure-Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali-Ammodernamento tecnologico ed edilizio-Arruolamento e formazione continua del personale), confermano, altresì, gli obiettivi di carattere generale assegnati al direttore generale contestualmente alla nomina effettuata con DGRC 591 del 6.8.2025 (tra gli altri: si conferma quello del mantenimento dell'equilibrio economico; conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza; rispetto dei tempi di pagamento).

Oltre a quelli citati, i principali obiettivi fissati dalla direzione, meglio dettagliati nella relazione allegata al bilancio preventivo 2026 e nel Documento Programmatico Generale del Direttore Generale 2026, allegato al presente piano, vengono descritti nella sottosezione 2.2. del documento. Gli indirizzi forniscono, poi, indicazioni anche per gli obiettivi in materia di miglioramento dei servizi verso l'utenza, miglioramento dell'integrazione Ospedale-Territorio, Nuovi Sistemi di Garanzia

(NSG), flussi informativi, formazione ed aggiornamento tecnologico, edilizia sanitaria, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Gli obiettivi così definiti sulla scorta degli indirizzi nazionali, regionali e derivanti dal documento di indirizzo del direttore generale, sono riportati nell'apposita sezione del piano e saranno successivamente definiti ed assegnati attraverso la negoziazione dei budget.

Programmazione finanziaria

Il Bilancio Preventivo 2026, è stato adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 90 del 30 settembre 2025.

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 2026 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 2026, pari ad euro 232.106.343,57, è riferito alle voci sotto indicate:

1 - Contributi in c/esercizio	114.103.904,18
2 - Rettifica contributi c/esercizio per investimenti	-4.963.976,72
3 - Utilizzo f. di quote inutil. contrib. finalizz./vinc. es. prec.	12.118.503,44
4 - Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	102.078.699,06
5 - Concorsi, recuperi, rimborsi	671.000,00
6 - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.050.600,00
7 - Quota Contributi in C/Capitale imputata all'esercizio	6.899.032,08
8 - Incrementi delle Immobilizzazioni per Lavori Interni	0,00
9- Altri Ricavi e Proventi	148.581,53
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	232.106.343,57

La Programmazione dei ricavi si è articolata come segue:

- i *Contributi in c/esercizio* sono stati valutati sulla base del riparto provvisorio per il 2026 del FSR deliberato dalla Regione Campania con DGRC n. 244 del 6 maggio 2025, assunto pari nella presente programmazione, con l'eccezione dei contributi extra fondo da altri enti pubblici;
- le voci di *Rettifica dei Contributi in c/esercizio* sono state definite sulla base:
 - o della Programmazione triennale dei Lavori Pubblici, adottata con Delibera del Direttore Generale n. 54 del 15.09.2025;
 - o del Piano della Programmazione triennale per l'acquisto di beni e servizi per gli anni 2026- 2028, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 70 del 20.09.2025;

- *l'Utilizzo del fondo quote inutilizzate contributi vincolati* è stato determinato sulla base delle attività che saranno implementate nel corso del 2026, in attuazione delle Linee Progettuali di cui ai Piani Operativi Regionali, che l'Azienda intende realizzare nel corso dell'Esercizio 2026;
 - *i Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie*, sulla base degli importi per mobilità sanitaria riconosciuti per l'esercizio 2024 (ultimo dato assestato) dalla Regione Campania all'AORN Sant'Anna e San Sebastiano.
 - *i Concorsi, recuperi e rimborsi* sono stati valorizzati come media fra Consuntivo 2024 e proiezione a 12 mesi dei conti di bilancio al 15 settembre 2025 proiettati ad un anno. Il payback per la spesa farmaceutica, riconosciuto per l'esercizio 2024 con DGRC n. 244 del 6 maggio 2025, non è stato inserito tra i proventi in quanto rimborso straordinario.
 - *la Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)* è stata parimenti determinata come media tra Consuntivo 2024 e andamento al 15 settembre 2025 proiettati ad un anno;
 - *la Quota contributi in conto capitale imputati all'esercizio (Sterilizzazione)* è stata posta pari al Consuntivo 2024 incrementato del tasso di inflazione programmato;
 - *la voce Altri ricavi e proventi* è stata stimata come media fra Consuntivo 2024 e l'andamento dei costi e ricavi al 15 settembre 2025 proiettati all'anno.
-

B) Costi della Produzione

I costi della produzione previsti per il 2025 ammontano ad Euro 224.376.778,28:

<i>Acquisti di beni</i>	<i>57.817.100,00</i>
<i>Acquisti di servizi</i>	<i>39.213.574,94</i>
<i>Manutenzione e riparazione</i>	<i>5.181.958,70</i>
<i>Godimento di beni di terzi</i>	<i>2.560.339,53</i>
<i>Costo del personale</i>	<i>104.548.131,42</i>
<i>Oneri diversi di gestione</i>	<i>1.136.312,88</i>
<i>Ammortamenti</i>	<i>7.023.275,50</i>
<i>Svalutazione dei crediti</i>	<i>200.000,00</i>
<i>Variazione delle rimanenze</i>	<i>0,00</i>
<i>Accantonamenti dell'esercizio</i>	<i>6.696.085,31</i>
<i>COSTI DELLA PRODUZIONE</i>	<i>224.376.778,28</i>

La Programmazione dei costi è stata effettuata:

- per gli *Acquisti di beni* e gli *Acquisti di servizi*, sulla base del Piano triennale per l'acquisto di beni e servizi per gli anni 2026-2028, di cui alla Delibera del Direttore generale n. 70 del 20.09.2025, imputando ai conti di costo il valore più alto tra quello inserito nella programmazione e la media tra il Consuntivo 2024 e i costi al 15.09.2025 proiettato all'anno;
- per la *Manutenzione e riparazione*, con gli stessi criteri di cui al punto precedente;
- per il *Godimento di beni di terzi*, con gli stessi criteri utilizzati per Beni e Servizi;
- per il *Costo del Personale*, la valutazione è stata effettuata dalla UOC Gestione Risorse Umane sulla base del fabbisogno deliberato per gli anni 2024 e 2025;
- per gli *Oneri diversi di gestione*, con gli stessi criteri utilizzati per Beni e Servizi;
- per gli *Ammortamenti*, come già fatto nell'area dei Ricavi per le Sterilizzazioni, si è indicato il valore a Consuntivo 2024 incrementato del tasso di inflazione programmato, ultimo dato consolidato;

- per la *Svalutazione dei crediti*, si è previsto un accantonamento sufficiente a coprire un'eventuale inesigibilità dei crediti, per tener conto, in via prudenziale, della soccombenza in caso di esito negativo dei giudizi in corso;
- la *Variazione delle rimanenze* attesa è stata posta pari a zero, in quanto si stimano le giacenze finali uguali a quelle iniziali;
- gli *Accantonamenti dell'esercizio* sono stati determinati secondo i seguenti criteri:
 - per gli *Accantonamenti per rischi*, sulla base del valore del rischio di soccombenza per il contenzioso in essere al 15.09.2025 sulla piattaforma regionale LegalApp, proiettato a 12 mesi;
 - per gli *Altri accantonamenti* si è utilizzato il valore medio tra i costi al 15.09.2025 proiettati a 12 mesi e il Consuntivo 2024;

non si prevedono accantonamenti per quote inutilizzate di contributi.

Digitalizzazione

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

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

Integrazione Cup Regionale

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

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

Nel corso del 2025 sono stati effettuati ulteriori aggiornamenti necessari ad adeguare ulteriormente il catalogo delle prestazioni del CUP Regionale con i sistemi informatici aziendali.

Adesione a portale PagoPA

In linea con quanto richiesto dal DL76/2020 l'Azienda ha aderito al programma di pagamento PagoPA 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:

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

Con delibera del Direttore Generale n. 62 del 17/09/202, l'AORN Caserta ha preso atto del finanziamento PNRR misura 1.4.3 adozione piattaforma PagoPA finanziato dall'unione europea nextgenerationeu - servizi di pagamento PagoPA avviati dopo il 31.03.2021 con risorse proprie e quindi tra vecchi e nuovi da avviare nel corso del 2026, i seguenti servizi di pagamento:

- Affitti e altri proventi
- Proventi per sperimentazione farmaci, cliniche e ricerca finalizzata
- Perizie medico legali
- Vitto familiari di degenti
- Fatture di studi clinici
- Quota attivazione studi
- Cessione sangue
- Proventi da sponsorizzazioni
- Diritti per valutazione comitato etico
- Oneri legali per contenziosi

- Sanzioni amministrative e del lavoro
- Recupero crediti per erronea dichiarazione di esenzione da reddito
- Pagamenti di depositi cauzionali
- Ticket Pronto Soccorso
- Copia Cartella Clinica
- Donazioni
- Sanzioni mancato ritiro referti
- Tassa concorso
- Penali
- Accesso Atti
- Cremazione
- Richiesta copia, certificato, estratto di atti
- Recupero crediti

Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico

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

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

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

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

Nuovo sistema informativo aziendale

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

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

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

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

Nel corso del 2025 è stata avviato il modulo di Cartella Clinica Elettronica che verrà completo nel corso del 2026.

Firma Digitale Remota

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

Nuova Architettura Hardware

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

Al fine di attuare quanto previsto dal decreto n. 48-4/2023-PNN del 04.08.2023 del Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che prevede la completa migrare completamente al Cloud delle infrastrutture hardware, questa Azienda ha fatto richiesta ed ottenuto un finanziamento per migrare al Cloud del Polo Strategico Nazionale (PSN). Tale finanziamento prevede che le attività di migrazione dovranno essere concluse entro il termine ultimo del 31 marzo 2026.

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

Linea Dati Internet

Per rendere pienamente efficiente il nuovo sistema informatico consentendo di lavorare in sinergia con il sistema regionale ed effettuare le attività di back up del Cloud, è stata realizzato un upgrade dell'infrastruttura di rete dati Internet che ha raggiunto la velocità di 1 Gbps e, nel corso del 2026 verrà attivata una nuova linea dati a 10 Gbps.

Interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti

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

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

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

A fine 2023 è stato attivato il nuovo sistema RIS/PACS con l'obiettivo di rendere il processo radiodiagnostico più veloce ed efficiente e nel corso del 2026 sarà attivato il sistema CVIS/PACS dotando, così anche il Dipartimento Cardiologico di un sistema di gestione referti e gestione immagini e studi cardiologici.

Nel corso del 2025 è stato effettuato un aggiornamento tecnologico della LAN Aziendale con l'attivazione di una Wi-Fi finalizzata all'utilizzo della cartella clinica al letto del paziente.

Nel corso del 2026 verranno attivate inoltre nuove funzionalità di dashboard di dati sanitari e verrà attivato il nuovo sistema di Single Sign-On.

Interventi di digitalizzazione a beneficio dei dipendenti

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

Nel corso del 2026 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.

Nel corso del 2026 verrà completata la migrazione verso un nuovo sistema informativo unico con l'obiettivo di favorire l'accesso a tutte le informazioni riguardanti il personale con un sistema di abilitazione opportunamente configurato ed è previsto, tra l'altro, la semplificazione del login utente andando verso il riconoscimento mediante codice fiscale e/o con l'integrazione con il sistema SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale. L'integrazione consentirà di accedere ai moduli del Sistema Informativo Aziendale inserendo le credenziali di accesso SPID in ottica di "Autenticazione Federata" recependo le indicazioni ministeriali per quel che riguarda l'accesso mediante SPID. Inoltre il nuovo sistema garantirà una semplificazione dei processi amministrativi in modo da migliorarne l'efficienza e semplificare gli stessi.

Sito internet istituzionale

Il sito Informativo Istituzionale rappresenta il canale informativo WEB e presenta i servizi e le attività dell'Azienda. Nell'ottica di migliorare il reperimento delle informazioni per gli utenti, la fruibilità e l'accessibilità di tale asset strategico per l'azienda è prevista, nel corso del 2026, la pubblicazione del nuovo sito web con un Sistema di Gestione di Contenuti (CMS) basato su tecnologia Java, completamente aderente alla vigente normativa relativa all'accessibilità (circolare n. 51/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale e normativa in essa richiamata e s.m. e i.). Il progetto "Portale dell'Azienda" si prefigge quindi di rendere ampia trasparenza alla propria struttura organizzativa, ai servizi sanitari erogati, alla qualità dei propri servizi, nonché di rendere possibile l'accesso web ad alcuni dei propri servizi come ad esempio, la prenotazione di una prestazione ambulatoriale. A tal proposito, il portale dell'Azienda si propone di diventare punto di accesso unico ad informazioni, servizi e contenuti ricercati dai pazienti attuali e potenziali, nel personale dell'amministrazione, nei

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

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

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

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

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

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

Accessibilità per disabili ed over 65

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

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

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

Interventi di edilizia sanitaria

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

- *Interventi finanziati con fondi PNRR/PNC*

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

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

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

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

- [Interventi finanziati con fondi DGRC 378/2020](#)

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

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

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

- [Adeguamento strutturale edifici](#)

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

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

- [Interventi art. 20 L. 67/88 II fase – fondi residui](#)

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

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

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

- Realizzazione di una Piastra Operatoria, i cui lavori risultano completati e collaudati ed in fase di messa in esercizio;
- Realizzazione di un edificio a tre piani da destinare a Bunker per radioterapia – Medicina Nucleare – Unità spinale Recupero e Riabilitazione Funzionale e Neuro -Riabilitazione ed ambulatori”.

- **Interventi Accordo quadro**

L'AORN al fine di poter eseguire le opere propedeutiche all'attuazione degli interventi finanziati con fondi PNC al PNRR, con Deliberazione n.129 del 15.10.2025 ha aggiudicato un accordo quadro di lavori di manutenzione a prevalenza edile di importo pari ad € 1.189.385,39 oltre IVA. In particolare mediante il nuovo accordo quadro potranno essere realizzati nuovi ambulatori presso l'edificio "C" oltre al nuovo laboratorio analisi, attualmente ubicato all'interno dell'edificio F5, oggetto di demolizione.

È in corso di esecuzione inoltre l'accordo quadro per le attività di manutenzione del verde all'interno dell'AORN, di cui alla Deliberazione di aggiudicazione n. 847 del 01.08.2025 per un importo pari ad € 130.000,00 oltre IVA.

Tutela dell'ambiente e green economy

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

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

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

2.2 PERFORMANCE

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

La sottosezione "performance":

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

Essa contiene:

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

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

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

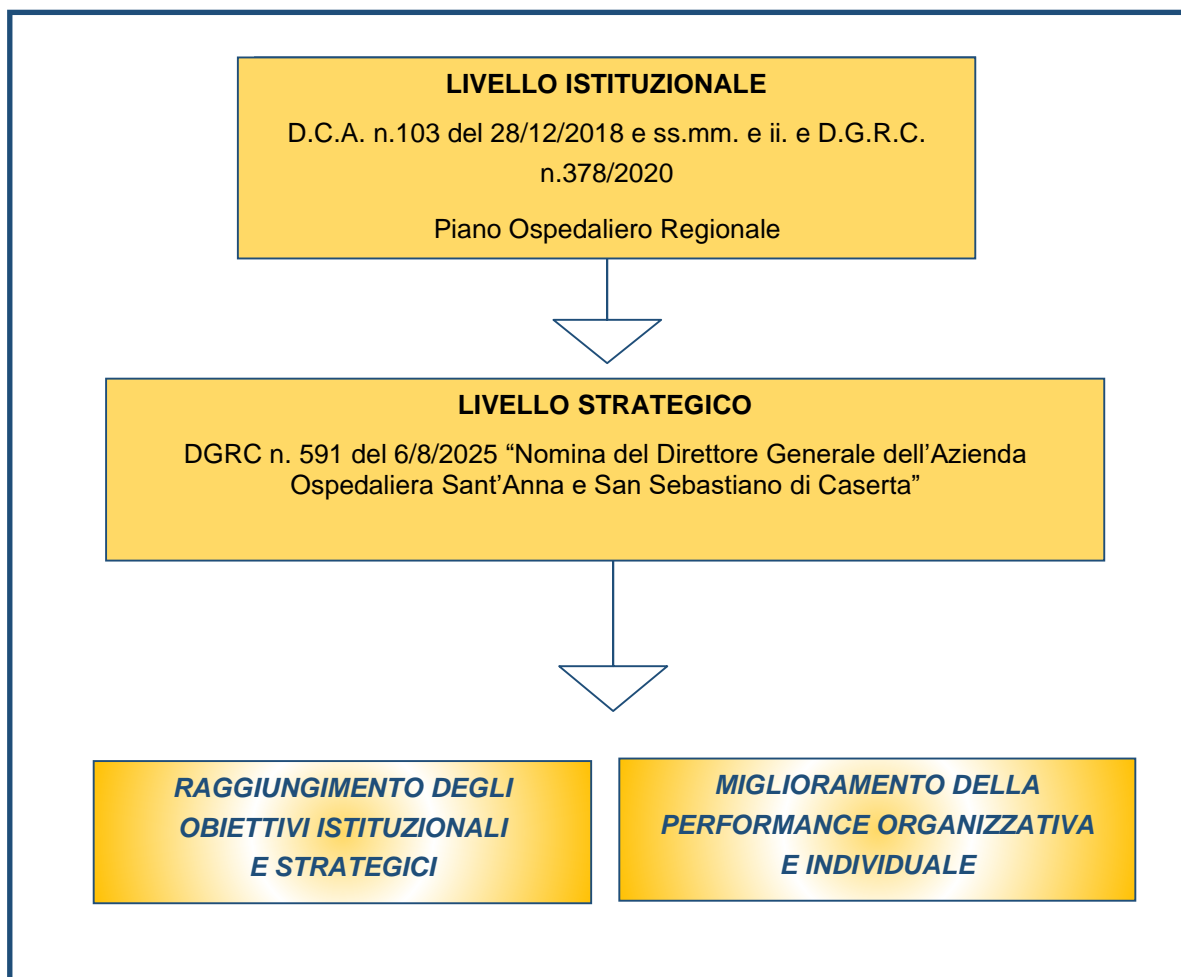
- I. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- II. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- III. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi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

V. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione;

VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

Albero della performance



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

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

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

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

2.2.1 Analisi del contesto

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

Dataset:Indicatori demografici												
Territorio	Campania						Caserta					
Periodo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Tipo Indicatore												
Tasso di natalità (per mille abitanti)	8,0	7,7	7,9	7,7	7,4	..	8,3	7,9	8,4	8,2	7,7	..
Tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,4	10,8	10,9	10,5	10,2	..	9,8	10,0	10,1	10,2	9,6	..
Crescita naturale (per mille abitanti)	-2,4	-3,1	-3,0	-2,9	-2,8	..	-1,5	-2,1	-1,8	-2,0	-1,9	..
Tasso di nuzialità (per mille abitanti)	1,8	4,1	3,9	3,6	3,4	..	2,1	4,5	3,9	3,8	3,5	..
Saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-2,9	-3,2	-4,3	-3,8	-3,3	..	-0,9	-1,2	-2,8	-2,4	-1,7	..
Saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	0,7	1,3	2,9	3,0	3,0	..	1,6	2,5	4,6	4,1	4,9	..
Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-2,2	-1,9	-1,4	-0,8	-0,3	..	0,7	1,3	1,8	1,7	3,2	..
Tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-15,5	0,0	-2,6	-2,9	-2,1	..	-12,9	3,5	1,1	0,5	2,1	..
Numero medio di figli per donna	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	..	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	..
Età media della madre al parto	31,7	32,0	32,0	32,1	32,3	..	31,8	32,1	32,1	32,2	32,3	..
Speranza di vita alla nascita - maschi	78,5	78,6	79,0	79,3	79,8	..	78,1	78,5	78,7	78,8	79,3	..
Speranza di vita a 65 anni - maschi	17,6	17,7	18,0	18,3	18,7	..	17,1	17,6	17,7	17,9	18,3	..
Speranza di vita alla nascita - femmine	83,4	83,0	83,1	83,5	84,0	..	83,4	83,1	83,1	83,1	83,8	..
Speranza di vita a 65 anni - femmine	21,0	20,6	20,6	21,0	21,5	..	20,9	20,6	20,6	20,7	21,3	..
Speranza di vita alla nascita - totale	80,9	80,7	81,0	81,3	81,8	..	80,7	80,7	80,8	80,9	81,5	..
Speranza di vita a 65 anni - totale	19,3	19,2	19,3	19,6	20,1	..	19,0	19,1	19,2	19,3	19,8	..
Popolazione 0-14 anni (valori percentuali) al 1° gennaio	14,3	14,3	14,0	13,8	13,5	13,3	14,7	14,8	14,4	14,2	14,0	13,8
Popolazione 15-64 anni (valori percentuali) al 1° gennaio	66,5	65,8	65,8	65,7	65,6	65,4	67,4	66,8	66,8	66,8	66,6	66,5
Popolazione 65 anni e più (valori percentuali) al 1° gennaio	19,3	19,9	20,2	20,5	20,9	21,4	17,9	18,5	18,7	19,0	19,3	19,8
Indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	50,4	52,1	51,9	52,1	52,5	53,0	48,4	49,8	49,6	49,7	50,1	50,4
Indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	29,0	30,2	30,6	31,2	31,9	32,7	26,6	27,7	28,0	28,4	29,0	29,7
Indice di vecchiaia (valori percentuali) al 1° gennaio	135,1	138,6	143,6	148,6	154,3	161,2	122,0	125,2	129,6	133,5	137,8	143,6
Età media della popolazione - al 1° gennaio	43,0	43,3	43,6	43,9	44,2	44,5	42,2	42,5	42,8	43,1	43,3	43,6
Dati estratti il 21/01/2026 - fonte sito internet Istat												

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. Nel tempo, è stata prevista una rimodulazione dell'offerta ospedaliera, sia in termini di posti letto assegnati alle diverse discipline per i diversi ambiti territoriali, sia in termini di strutture, con la soppressione e/o l'accorpamento di alcune di esse; nel contempo, si sta cercando di sviluppare una logica di integrazione ospedale-territorio, finalizzata all'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché a sviluppare una rete di coordinamento per la programmazione interaziendale.

Analisi del contesto esterno

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

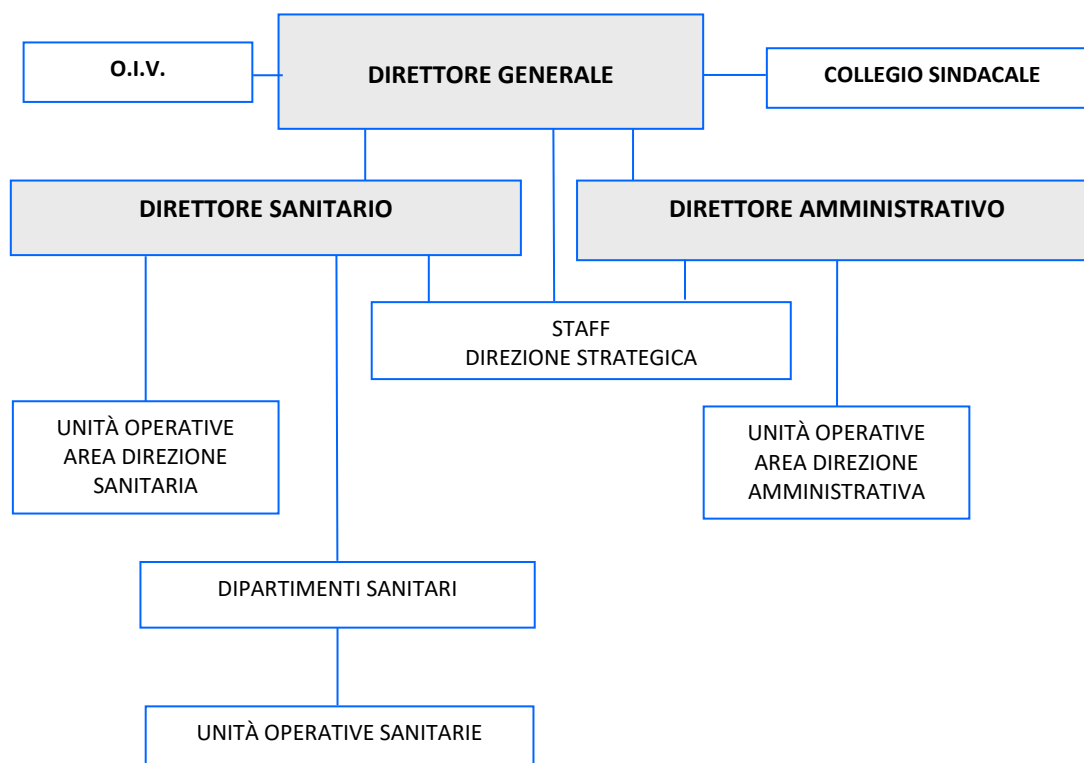
L'attività, quindi, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la provincia di Caserta.

Analisi del contesto interno

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

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

ORGANIGRAMMA GENERALE



I dati di attività degli anni precedenti

I dati, come di consueto, si riferiscono all'anno appena concluso e, pertanto, in questo caso, all'anno 2025. Sebbene non siano ancora consolidati e risultino quindi suscettibili di lievi rettifiche, essi consentono di disporre di un confronto più aggiornato.

REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

Nel corso dell'anno 2025, le SDO prodotte in regime di ricovero ordinario sono state pari a **n. 12.969**, a fronte delle **n. 14.367** registrate nel 2024, con un decremento complessivo **del 9,73%**. Il rimborso economico nell'anno 2025 in regime ordinario prodotto è risultato pari a **€63.079.979,60**, rispetto al 2024 dove era pari a **€ 69.332.600,90**, evidenziando una riduzione del 9,02%. Il rimborso medio DRG/caso trattato nell'anno 2025 si attesta a **€ 4.863,90**, in lieve aumento rispetto al valore registrato nel 2024, pari a **€ 4825,82 (+0,8%)**. Il peso medio rilevato nel 2025 è pari a **1,3992**, rispetto a **1,3856** nel 2024, mostrando un moderato incremento. La degenza media si è attestata a **8,47** giorni nel 2025, in diminuzione rispetto agli **8,84** giorni del 2024 **(-4,19%)**.

L'attività erogata nel corso dell'anno 2025, ha determinato:

	2024	2025
INDICE DI OCCUPAZIONE	83,53%	76,41%
DEGENZA MEDIA	8,84	8,47
INTERVALLO DI TURN OVER	1,46	1,99
INDICE DI ROTAZIONE POSTI LETTO	41,41	39,56

	2024	2025
Indicatore H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (all.B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario Valore soglia 0,24	0,11%	0,11%

Nel complesso, l'analisi evidenzia un miglioramento degli indicatori di appropriatezza, quantità, qualità ed efficienza dell'attività svolta.

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

**RAFFRONTO E ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO REGIME ORDINARIO
ANNO 2025/2024**

	2024	2025*
SDO Ricoveri Ordinari (RO)	14.367	12.969
Rimborso Totale RO	€ 69.332.600,90	€ 63.079.979,60
Totale Ricoveri 0/1 gg	923	876
SDO con DRG Medici RO	7.947	7.131
Rimborso DRG Medici	€ 23.391.263,90	€ 21.232.104,20
SDO con DRG Chirurgici RO	6.420	5.838
Rimborso DRG Chirurgici	€ 45.941.337,00	€ 41.847.875,40
Peso Medio	1,3856	1,3992
Rimborso Medio per caso	€ 4.825,82	€ 4.863,90
Indice di Occupazione	81	76,41
Degenza Media	8,84	8,47

*dato parziale

L'attività erogata nel corso dell'anno 2025, pur essendo, allo stato, valutabile solo parzialmente in attesa che il dato 2025 si consolidi in seguito, evidenzia che

- la complessità della casistica, misurata dal peso medio, rimane sostanzialmente invariata, con un lieve incremento da 1,38 a 1,39 (+0,98%), indicando che l'attività del 2025 si è concentrata su ricoveri mediamente più complessi;
- l'analisi per tipologia di DRG mostra una maggiore contrazione dell'area medica, con una riduzione del 10,27% dei ricoveri e del 9,23% dei relativi rimborsi, rispetto all'area chirurgica che registra un calo più contenuto (-9,07% ricoveri; -8,91% rimborsi). Questo andamento appare coerente con un progressivo spostamento dell'attività medica verso setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario. Particolarmente rilevante è la diminuzione dei

ricoveri di durata 0/1 giorno (-5,09%), che segnala un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e una riduzione dei ricoveri a bassa complessità.

- dal punto di vista organizzativo, si osserva una riduzione della degenza media da 8,84 a 8,47 giorni (-4,19%), indicativa di una maggiore efficienza dei percorsi assistenziali.

REGIME DI RICOVERO DH/DS

L'analisi è stata condotta sulle SDO in regime di DH/DS trasmesse che sono state **3.798** nell'anno **2025**, mentre nel **2024** erano state **4.670**, con un decremento del -18,67%. Nel **2025** il rimborso economico è stato di € 4.776.042,50, mentre nel 2024 era stato di €. 6.429.279,60 facendo registrare un decremento del **-25,73%**.

	2024	2025
SDO Ricoveri DH/DS	4.670	3.798
Rimborso Totale DH/DS	6.429.279,60	4.776.042,50
SDO DRG MEDICI DH	1.679	1.235
RIMBORSO DRG MEDICI	2.035.199,40	992.786,00
SDO DRG CHIRURGICI DS	2.991	2.563
RIMBORSO DRG DS	4.394.080,20	3.783.256,50

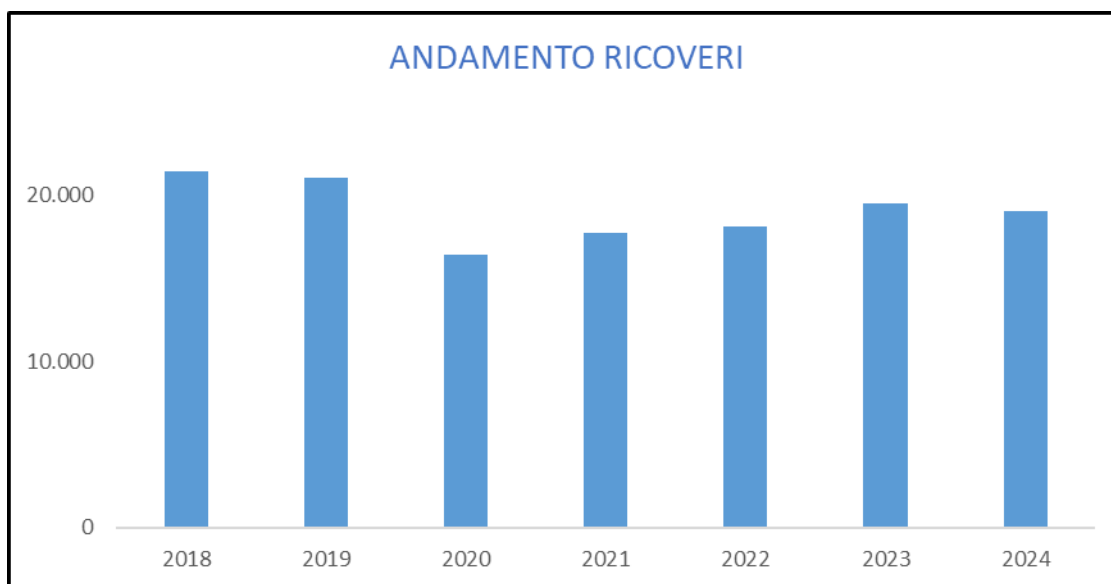
RIEPILOGO GENERALE

In sintesi possiamo affermare che il rimborso economico totale delle SDO prodotte complessivamente in regime ordinario e DH/DS nell' **anno 2025** è pari a € 67.856.022,10, mentre nello stesso periodo 2024 era stato di **€ 75.761.880,50**. con un decremento percentuale circa del **-10,43%**. Il totale delle SDO in regime ordinario e DH/DS prodotte nell' anno **2025** è stato di 16.767, mentre nel 2024 era stato di 19.037 facendo registrare un decremento del **-11,92%**.

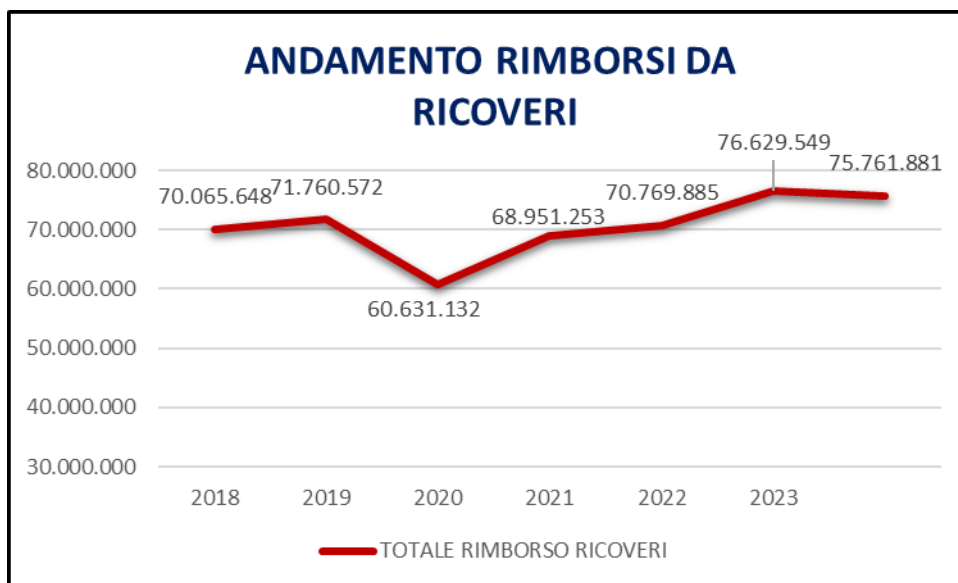
	2024	2025*
Totale RO e DH/DS	19.037	16.767
Totale Rimborso RO e DH/DS	75.761.880,50	67.856.022,10

*dato parziale

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



Pur con un trend che tende ad un recupero del numero dei ricoveri, i valori, in termini di volumi, sono ancora leggermente inferiori a quelli pre pandemici, complice anche il maggiore rimborso unitario medio registrato. Infatti, lo scenario risulta invertito in termini di rimborsi, come si evince dal grafico seguente:



Dall'analisi dei grafici emerge, quindi, oltre ad una crescita dei rimborsi da ricovero che si è ormai consolidata su valori superiori a quelli prepandemici, anche una crescita della complessità dei trattamenti erogati dall'azienda, in linea con la mission assegnata a questa azienda, in quanto azienda ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione.

ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Per questa categoria, essendo già disponibili i dati dell'esercizio 2025, vengono confrontati di seguito con quelli dell'anno precedente:

Dati Ambulatori - Confronto 2024 - 2025		2024		2025	
Unità Operative	N°Prestazioni	Tot. Importo Prestazioni	N°Prestazioni	Tot. Importo Prestazioni	
Elettrostimolazione	3.269	67.336,67 €	3.260	74.537,00 €	
Anestesia e Rianimazione - Terapia del Dolore	14.449	702.418,70 €	12.651	934.303,59 €	
U.O.C. Anatomia Patologica	4.595	156.049,10 €	4.721	207.460,53 €	
U.O.C. Angioradiologia Interventistica	995	47.169,50 €	1.464	68.749,55 €	
U.O.C. Cardiocirurgia	601	9.602,66 €	642	10.604,10 €	
U.O.C. Cardiologia a Direzione Universitaria	1.396	22.150,64 €	1.822	37.128,65 €	
U.O.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	2.039	20.739,73 €	3.357	27.474,31 €	
U.O.C. Chirurgia Maxillo Facciale	4.841	448.994,68 €	5.369	471.748,40 €	
U.O.C. Chirurgia Oncologica	1.966	298.240,21 €	1.800	302.263,18 €	
U.O.C. Chirurgia Vascolare	1.300	22.290,67 €	1.235	20.231,55 €	
U.O.C. Day Surgery Polispecialistico	3.607	53.701,71 €	4.156	96.122,85 €	
U.O.C. Diagnostica per Immagini	7.918	515.833,86 €	8.325	716.138,89 €	
U.O.C. Ematologia	7.665	229.898,98 €	9.472	319.463,63 €	
U.O.C. Gastroenterologia	3.814	126.227,50 €	4.375	191.219,01 €	
U.O.C. Geriatria	1.411	22.076,07 €	1.527	30.229,06 €	
U.O.C. Laboratorio Analisi	94.018	464.414,30 €	101.346	819.137,53 €	
U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali a Direzione Universitaria	2.988	47.317,08 €	2.483	47.061,03 €	
U.O.C. Medicina Interna	15.173	252.894,74 €	10.765	219.492,59 €	
U.O.C. Nefrologia e Dialisi	8.475	792.560,88 €	9.817	835.437,33 €	
U.O.C. Neonatologia	603	13.306,36 €	1.246	22.460,40 €	
U.O.C. Neurochirurgia	1.771	34.089,49 €	1.757	38.191,18 €	
U.O.C. Neurologia	11.241	167.435,47 €	11.871	333.594,09 €	
U.O.C. Neuroradiologia	1.394	295.666,49 €	1.082	224.160,25 €	
U.O.C. Oculistica	9.018	606.070,97 €	10.712	615.990,76 €	
U.O.C. Oncologia Medica a Direzione Universitaria	12.883	1.281.035,34 €	21.494	2.598.099,52 €	
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	6.972	143.938,00 €	7.823	222.496,12 €	
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia a Direzione Universitaria	5.601	236.602,89 €	7.154	139.845,22 €	
U.O.C. Otorinolaringoiatria	6.999	104.962,58 €	6.671	190.724,27 €	
U.O.C. Pediatria	1.278	21.108,51 €	1.570	29.374,25 €	
U.O.C. Pneumologia	6.182	176.341,22 €	6.217	185.911,47 €	
U.O.C. Servizio Immuno Trasfusionale	8.629	198.849,86 €	4.290	473.314,44 €	
U.O.C. Urologia	4.370	140.986,71 €	4.718	139.160,21 €	
U.O.S.D. Endocrinologia - Malattie Dismetaboliche e Diabetologia	0	- €	2.692	55.193,39 €	
U.O.S.D. Fisiopatologia Epatica S.A.T.T.E	1.233	26.076,28 €	2.037	50.688,72 €	
U.O.S.D. Follow Up del Paziente Post Acuto	12.423	314.919,62 €	11.665	924.789,72 €	
U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica	3.205	269.644,41 €	1.409	357.878,79 €	
U.O.S.D. Neuroriabilitazione e Unità Spinale - Riabilitazione Funzionale	591	12.062,76 €	790	19.184,67 €	
U.O.S.D. Reumatologia	0	- €	4.561	86.725,39 €	
U.O.S.D. Senologia	1.604	25.156,17 €	1.937	51.097,07 €	
U.O.S.D. Stroke Unit	826	17.757,43 €	913	20.658,60 €	
Totale	277.603	8.389.959,09 €	301.196	12.208.341,31 €	
<i>Fonte dati Tableau - Piattaforma CUP Regionale</i>					

ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Anche per il pronto soccorso, essendo già disponibili i dati dell'esercizio 2025, vengono di seguito riportati e confrontati con quelli dell'anno precedente:

Dati complessivi Pronto Soccorso 2025-2024 Generale - Ginecologico - Pediatrico		
Esito dimissione	2025	2024
Abbandona prima della chiusura della cartella	3.811	3.610
Abbandona prima della visita	3.287	2.793
Deceduto in PS	224	172
Dimissione a domicilio	20.374	18.290
Dimissione a strutture ambulatoriali	26.174	28.808
Giunto cadavere	5	7
Ricovero	8.895	9.014
Rifiuta ricovero	3.398	3.990
Trasferito ad altro Ospedale	416	534
Trasferito in struttura territoriale	55	48
Totale accessi	66.639	67.266
Codice colore	2025	2024
Arancione	5.672	5.993
Azzurro	14.114	12.567
Bianco	14.688	16.989
Nero	6	7
Rosso	963	829
Verde	31.196	30.881
Totale accessi	66.639	67.266

Nell'anno 2025 gli accessi complessivi registrati sono risultati complessivamente pari a 66.639, mentre nel 2024 erano stati 67.266.

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

Accessi Pronto Soccorso	Pronto Soccorso Generale		Pronto Soccorso Ginecologico		Pronto Soccorso Pediatrico	
Esito Dimissione	2025	2024	2025	2024	2025	2024
Abbandona prima della chiusura della cartella	3.511	3.394	197	137	103	79
Abbandona prima della visita	3.137	2.778	8	3	142	12
Deceduto in PS	224	171	0	1		
Dimissione a domicilio	9.104	7.347	3.322	2.504	7.948	8.439
Dimissione a strutture ambulatoriali	24.239	26.213	1.548	2.236	387	359
Giunto cadavere	5	7				
Ricovero	6.578	6.623	1.527	1.485	790	906
Rifiuta ricovero	2.824	3.195	126	157	448	638
Trasferito ad altro Ospedale	350	449	1	1	65	84
Trasferito in struttura territoriale	54	48			1	
Totale accessi	50.026	50.225	6.729	6.524	9.884	10.517
Codice Colore	2025	2024	2025	2024	2025	2024
Arancione	5.600	5.964	8	5	64	24
Azzurro	12.286	12.087	26	20	1.802	460
Bianco	14.294	16.411	137	103	257	475
Nero	6	7				
Rosso	949	817	2	1	12	11
Verde	16.891	14.939	6.556	6.395	7.749	9.547
Totale accessi	50.026	50.225	6.729	6.524	9.884	10.517

Le attività nell'ambito delle relazioni con il pubblico

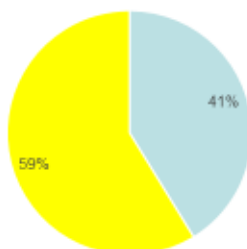
Nell'anno 2025 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) ha, in sintesi, svolto le seguenti attività:

- **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.701 contatti, distinti come segue:

URP

CONTATTI UTENTI GENNAIO - DICEMBRE 2025 / **MOTIVO DEL CONTATTO**

MOTIVO DEL CONTATTO	n.	%
INFORMAZIONE	412	59
PROBLEMA	289	41
TOTALE	701	100

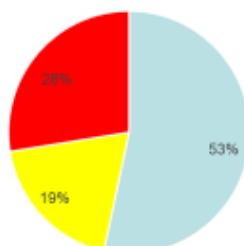


- In particolare, i contatti sono avvenuti con le varie modalità rappresentate di seguito:

URP

CONTATTI UTENTI GENNAIO - DICEMBRE 2025/ **MODALITÀ DI CONTATTO**

MODALITÀ CONTATTO	n.	%
VERBALE	134	19
TELEFONO	374	53
EMAIL/PEC	193	28
TOTALE CONTATTI	701	100



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

SEGNALAZIONI / RECLAMI

Nell'**anno 2025** l'URP ha raccolto e gestito **n. 12 reclami scritti** presentati:

- n. 11 con e-mail/PEC;
- n. 1 a mano.

Premesso che ogni **reclamo** può contenere una o più **segnalazioni negative** riferite a una o più articolazioni aziendali, si sottolinea che su **n. 12 reclami**, il totale delle segnalazioni per l'anno 2025 è di **n. 14**.

Si indicano, a seguire, le Unità operative ed i Settori interessati dai **12 reclami**.

UOC

- n. 1 Gastroenterologia
- n. 1 Anestesia e Rianimazione;
- n. 3 Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza con Pronto Soccorso;
- n. 1 Chirurgia Vascolare;
- n. 2 Ematologia;
- n.1 Provveditorato- Economato (n. 1 Centralino);
- n. 1 Oculistica;
- n. 1 Day Surgery Polispecialistica.

UOSD

- n. 1 Follow-Up del Paziente Post Acuto

SERVIZI

- n. 2 CUP.

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

SEGNALAZIONI / ELOGI

Nell'anno **2025** l'URP ha raccolto e gestito **n. 30 elogi scritti**, presentati:

n. 2 a mano;

n. 28 con e-mail/PEC.

Premesso che ogni elogio può contenere una o più **segnalazioni di merito**, si sottolinea che, su n. **30** elogi, il totale delle segnalazioni per l'anno 2025 è di n. **47**.

Si indicano, a seguire, le Unità operative interessate agli elogi.

UOC

- n. 7 Anestesia e Rianimazione;
- n. 3 Cardiologia a Direzione Universitaria;
- n. 1 Chirurgia Maxillo-Facciale;
- n. 1 Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza con Pronto Soccorso;
- n. 1 Ortopedia e Traumatologia;
- n. 2 Geriatria;
- n. 2 Ematologia;
- n. 2 Gastroenterologia;
- n. 1 Otorinolaringoiatria;
- n. 3 Oncologia Medica a Direzione Universitaria;
- n. 1 Chirurgia Generale ed Oncologica;
- n. 1 Cardiochirurgia;
- n. 1 Anestesia e Terapia Intensiva Cardiovascolare;
- n. 1 Urologia;
- n. 1 Chirurgia Vascolare;
- n. 1 Neurologia;
- n. 2 Neurochirurgia;
- n. 1 Medicina Interna;
- n. 1 Pediatria;
- n. 3 Ostetricia e Ginecologia a Direzione Universitaria;
- n. 1 Neonatologia con TIN e TNE;
- n. 1 Servizio Immuno-Trasfusionale;
- n. 1 Malattie Infettive e Tropicali a Direzione Universitaria;
- n. 2 Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria (URP)

UOSD

- n. 1 Neuroradiologia Interventistica;

- n. 1 Reumatologia;
- n. 1 Follow-Up del Paziente Post Acuto;
- n. 1 Neuroriabilitazione e Unità Spinale- Recupero e Riabilitazione.

UOS

- n. 1 Aritmologia Clinica e Interventistica.

SERVIZI

- n. 1 CUP.

Tutte le segnalazioni/elogi sono state inoltrate ai servizi interessati anche quali contributo per la valutazione delle performance.

Comunicazione – Ufficio stampa e relazioni con i media

Nell'anno 2025 l'Ufficio stampa e relazioni con i media:

- Nell'ambito dell'area di attività **Ufficio stampa e relazioni con i media:**
 - ➔ Ha curato le attività di informazione dell'Azienda Ospedaliera indirizzate ai mass media:
 - ❖ Gestendo i rapporti con: stampa, televisione, radio, new media;
 - ❖ Redigendo e inviando alle redazioni giornalistiche comunicati stampa riguardanti l'attività dell'Ospedale e del suo vertice istituzionale, relativi a iniziative ed eventi promossi e sostenuti dall'Ospedale stesso;
 - ❖ Promuovendo interviste a mezzo stampa e/o servizi radiofonici e televisivi con interviste su temi di interesse con il coinvolgimento delle Direzioni e/o delle Unità operative;
 - ❖ Assicurando contenuti alle redazioni giornalistiche, per notizie e/o dichiarazioni, da queste ultime richieste su argomenti specifici, attraverso l'attivazione di percorsi di comunicazione interna utili allo scopo, puntualmente concordati con la Direzione Aziendale;
 - ❖ Chiedendo alle testate giornalistiche, previo accordo con la Direzione Aziendale, la pubblicazione della rettifica di notizie infondate, nei casi in cui si è ritenuto opportuno procedere in questo senso;
 - ❖ Pubblicando sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), in una sezione dedicata, con accesso dalla home page, i comunicati stampa elaborati e la rassegna stampa di riferimento;

- ❖ Monitorando e gestendo quotidianamente la rassegna stampa telematica in materia di sanità, prodotta da una Società esterna di settore, con cui ha curato i rapporti legati all'attività specifica.
- ➔ Ha curato i rapporti con l'Area Comunicazione e Innovazione Digitale di So.Re.Sa. SpA per la selezione di comunicati stampa aziendali di possibile interesse per la sezione News del Portale Salute del Cittadino della Regione Campania.
- ➔ Ha curato i rapporti e collaborato con gli Uffici stampa e Uffici comunicazione di Enti coinvolti nei temi oggetto dei comunicati stampa aziendali.
- ➔ Con nota prot. 19790/u del 12/06/2025, l'addetta stampa è stata individuata dalla Direzione Strategica per partecipare al tavolo di lavoro per addetti stampa, istituito dal Centro Regionale Trapianti della Campania con la finalità di uniformare e potenziare, da parte delle Aziende Ospedaliere e delle ASL, l'informazione al cittadino in materia di donazione di organi tessuti e cellule e di donazione di sangue. Tra i mesi di giugno e luglio, l'addetta stampa ha partecipato a n° 2 incontri: il 23/06/2025 a Napoli; il 16/07/2025 in remoto.
- Nell'ambito dell'area di attività **Comunicazione Istituzionale - Redazione delle Informazioni al Cittadino**:
 - ➔ Ha curato la redazione delle informazioni direttamente indirizzate ai cittadini sulle attività dell'Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso:
 - ❖ Producendo e/o aggiornando, all'occorrenza, i contenuti informativi di pertinenza della Carta dei Servizi, articolata in *sezioni*, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata in *paragrafi* tematici:

L'AZIENDA OSPEDALIERA

L'OSPEDALE: STRUTTURE, ASSISTENZA, SERVIZI

GLI AMBULATORI

LA COMUNICAZIONE, LA TUTELA, LA PARTECIPAZIONE

L'AREA DIDATTICA E FORMATIVA

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

- ❖ Aggiornando e implementando, in particolare:
 - 🗎 Il paragrafo *Presentazione* nell'ambito della sezione *L'Azienda Ospedaliera*;

- ✎ Il paragrafo *Strutture Elenco*, con indicazione di edificio e piano di ubicazione, nell'ambito della sezione *L'Ospedale: Strutture, Assistenza, Servizi*;
- ✎ Il paragrafo *Vita in Ospedale* nell'ambito della sezione *L'Ospedale: Strutture, Assistenza, Servizi*. Si è proceduto alla creazione di due tabelle indicanti, per ogni Unità operativa di degenza, giorni e orari sia del colloquio con i medici sia della visita ai degenti. Le informazioni utili sono state raccolte attraverso un flusso di comunicazione interna, attivato con richiesta specifica indirizzata ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari (nota prot. 7799/i del 07/03/2025 a firma del Direttore Sanitario e dei Direttori Uoc OSOIS e Uoc Affari Generali);
- ✎ La sezione *Gli Ambulatori*, con i paragrafi *Specialità ambulatoriali, Prestazioni ambulatoriali strumentali e interventistiche, Ambulatori in ALPI, Ambulatori in ALPI: prenotazione e accesso, Day Service*.
- ❖ Aggiornando e implementando, all'occorrenza e per effetto di novità introdotte dalle deliberazioni dell'AORN di Caserta, per la pubblicazione sul sito internet aziendale, le informazioni concernenti gli elenchi dei Dipartimenti Sanitari e delle Unità operative distinte in: UO Staff Direzione Strategica; UO Area Direzione Amministrativa; UO Area Direzione Sanitaria; UO Sanitarie, sia Uoc sia Uosd, con indicazione dei relativi Direttori / Responsabili, edificio e piano di ubicazione;
- ❖ Curando la pubblicazione, sul sito internet aziendale con accesso dalla sezione Mappa Ospedale, della nuova planimetria disegnata dall'Uoc Ingegneria Ospedaliera;
- ❖ Creando, con accesso dalla home page del sito internet aziendale, due nuove sezioni:
- ✎ La sezione *Coordinamento Territoriale Trapianti / Donazioni e Trapianti di Organi, Tessuti e Cellule*, in cui, su indicazione del CRT Campania, è stato pubblicato il materiale informativo inviato dal CRT stesso ed è stato riportato l'elenco degli organismi, con i nomi dei relativi responsabili, istituiti e costituiti dall'AORN di Caserta recependo la DGRC N. 21 del 30/01/2025 sul riordino della Rete Regionale Trapianti della Campania. Nella sezione sono state, inoltre, inserite la descrizione dell'attività dell'InfoPoint del locale CTT, con giorni e orari di apertura al pubblico, e le notizie riguardanti le iniziative promosse e organizzate dal CTT stesso;
- ✎ La sezione *I Pazienti Raccontano*, nata con l'obiettivo di ospitare le lettere, quelle più significative e incisive, che pazienti e familiari scrivono all'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta per raccontare le loro storie di ricovero e cura e ringraziare gli operatori dell'Ospedale. Nel pubblicare i contenuti, sono stati omessi, nel rispetto della privacy, nomi e cognomi dei firmatari;
- ❖ Elaborando avvisi, veicolati attraverso il sito internet aziendale / home page, sui seguenti temi:
 - ✎ "Riapertura Ambulatorio di Ginecologia Sociale";
 - ✎ "Performance dei SuperEroiAcrobatici sabato 20 dicembre 2025", in occasione dell'evento <La nostra cura, la vostra salute> organizzato dall'AORN di Caserta per il Natale;
- ❖ Collaborando con le Unità operative sanitarie che ne hanno fatto richiesta all'organizzazione delle informazioni da pubblicare nelle relative pagine monografiche sul sito internet aziendale;

- Ha promosso la pubblicazione sul sito internet aziendale / home page di:
 - ❖ Locandine confezionate dalle Unità operative per la pubblicizzazione di iniziative ed eventi sanitari dalle stesse organizzate;
 - ❖ Locandine inviate dal Centro Regionale Trapianti della Campania concernenti campagne di sensibilizzazione in materia di donazioni e trapianti di organi, tessuti e cellule.

- Ha prodotto e inviato informazioni sull'Azienda Ospedaliera a Società di settore che hanno avanzato formale richiesta a riguardo. In particolare, per la pubblicazione gratuita nella "Guida agli Uffici Stampa - L'Annuario della Comunicazione Italiana 2025/2026", ha redatto, nel mese di aprile, le variazioni utili ai dati in possesso dell'Annuario.

Le prospettive per l'anno 2026

In generale, le prospettive di cui tener conto per l'anno 2026 sono in linea con le previsioni della D.G.R.C. n. 591 del 6.8.2025. Per il dettaglio, si veda l'allegato *Documento programmatico generale del Direttore Generale 2026* ed il paragrafo dedicato agli obiettivi strategici ed operativi.

In tal senso, è opportuno riportare i dati del bilancio di previsione relativi alle risorse finanziarie e ai costi previsti per l'anno 2026, confrontati con i dati dell'anno precedente – deliberazione n. 90 del 30 settembre 2025 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

CODICE	DESCRIZIONE	Preventivo 2026	Preventivo 2025
	A) Valore della produzione		
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	114.103.904,18	97.956.355,19
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 4.963.976,72	- 8.400.876,99
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	12.118.503,44	9.304.891,60
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	102.078.699,06	105.981.088,23
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	671.000,00	924.962,01
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.050.600,00	999.732,41
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.899.032,08	5.952.369,31
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	148.581,53	187.154,20
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	232.106.343,57	212.905.675,96
	B) Costi della produzione		
BA0010	B.1) Acquisti di beni	57.817.100,00	52.631.681,31

BA0390	B.2) Acquisti di servizi	39.213.574,94	34.968.806,30
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.181.958,70	5.902.408,63
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.560.339,53	2.559.756,36
BA2080	Totale Costo del personale	104.548.131,42	101.512.987,24
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	87.932.483,61	86.389.831,40
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	693.202,43	743.763,94
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	11.538.253,60	10.267.330,50
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	4.384.191,78	4.112.061,40
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.136.312,88	1.236.017,78
BA2560	Totale Ammortamenti	7.023.275,50	5.968.910,03
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	596.129,71	589.155,77
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	6.427.145,79	5.379.754,26
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	200.000,00	500.000,00
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-	- 3.832.168,34
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	6.696.085,31	4.455.327,54
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	224.376.778,28	205.903.726,85
	C) Proventi e oneri finanziari		
CA0010	C.1) Interessi attivi	-	-
CA0050	C.2) Altri proventi	-	-
CA0110	C.3) Interessi passivi	-	-
CA0150	C.4) Altri oneri	15.000,00	11.057,49
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 15.000,00	- 11.057,49
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
DA0010	D.1) Rivalutazioni	-	-
DA0020	D.2) Svalutazioni	-	-
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-
	E) Proventi e oneri straordinari		
EA0010	E.1) Proventi straordinari	-	-
EA0260	E.2) Oneri straordinari	-	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	-
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	7.714.565,29	6.990.891,62
	Y) Imposte e tasse		
YA0010	Y.1) IRAP	7.659.900,80	6.943.507,62
YA0060	Y.2) IRES	54.664,49	47.384,00
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	7.714.565,29	6.990.891,62
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-	-



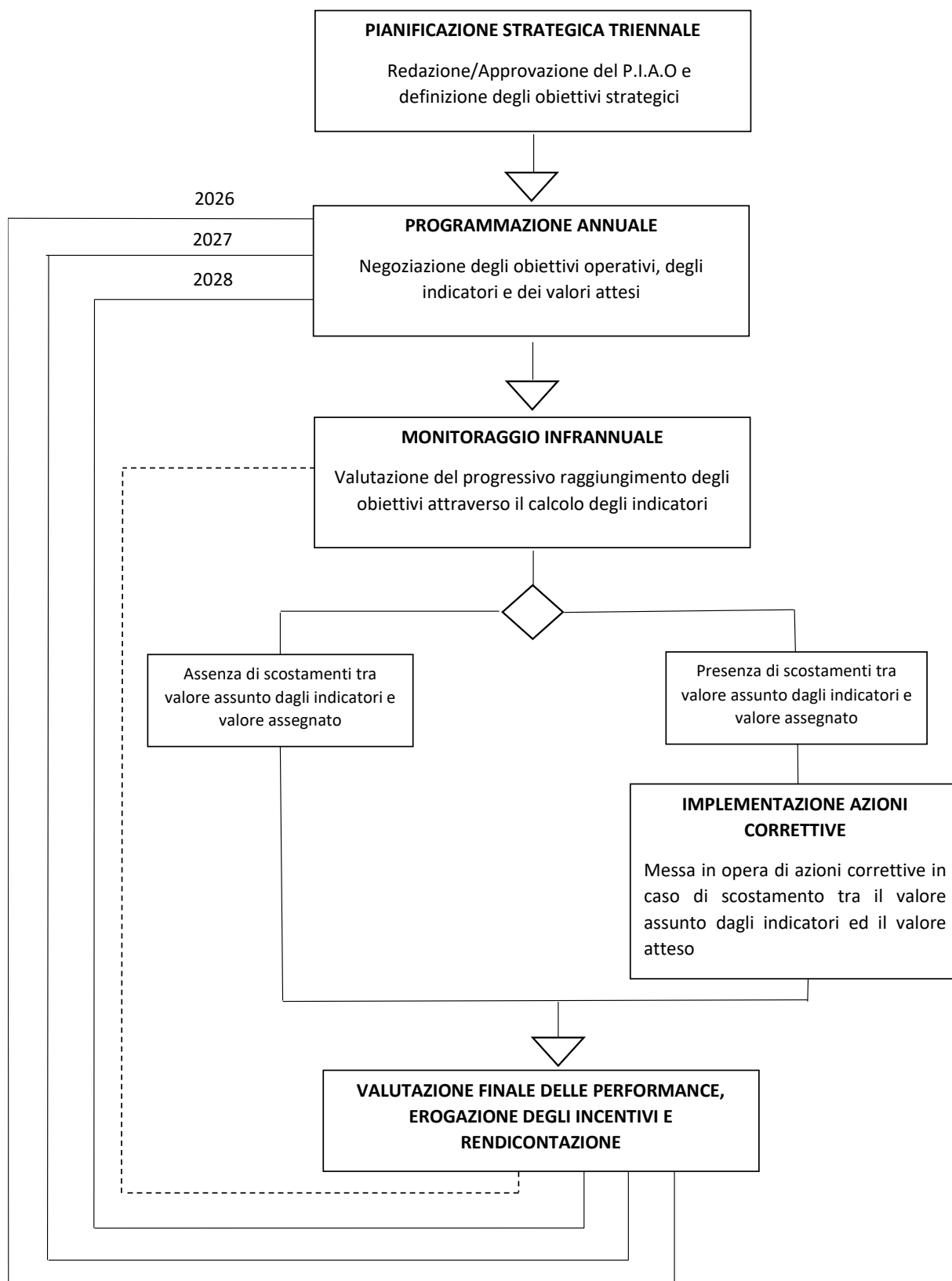
L'Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell'equilibrio economico anche per l'anno 2026.

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 (negoziiazione 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 una parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione al Direttore generale.

La valutazione della performance individuale

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

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

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

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

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

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

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

- al ***pensiero operativo*** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi;
- alla ***flessibilità***, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione;
- all'***innovazione*** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- ***area realizzativa***, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili, valutabili come:
 - la ***pianificazione e il controllo*** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri;
 - l'***iniziativa*** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema;
 - l'***orientamento al risultato***, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi;
 - la ***gestione del cambiamento*** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- ***area relazionale***, incentrata sull'efficacia nel comunicare e sull'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché sull'***ascolto*** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- ***negoziiazione***, 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, in fase di assegnazione del budget, vengono individuati uno o più indicatori, con i relativi target, per consentire la misurazione e la valutazione della performance.

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

Di seguito, vengono richiamati, in maniera sintetica:

- gli obiettivi strategici assegnati all'azienda con DGRC n.591 del 6.8.2025;
- gli obiettivi contenuti nel *Documento programmatico generale* del Direttore Generale per l'anno 2026;
- gli obiettivi operativi che discendono direttamente dai precedenti.

Obiettivi strategici assegnati all'Azienda

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

In sintesi, gli obiettivi comprendono, oltre a quelli di cui alle 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.591 del 6.8.2025 che vengono riportati qui di seguito:

1) Obiettivi di carattere generale:

- a) *il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- b) *il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;*

2) Obiettivi specifici:

- a) *garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso il conseguimento degli standard previsti dal sottoinsieme "CORE" degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia;*
- b) *garantire il rispetto complessivo dei tempi massimi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità delle prestazioni assistenziali definite "prestazioni sentinella", sia in regime ambulatoriale che di ricovero, assicurando contestualmente un costante e puntuale monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire l'equità nell'accesso e la piena aderenza agli obiettivi di appropriatezza e trasparenza del servizio sanitario pubblico;*
- c) *assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali, etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità assegnate alle strutture aziendali coinvolte;*
- d) *raggiungimento degli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo i volumi e le tipologie previsti dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta regionale n. 420 del 6 agosto 2024 e s.m.i.;*

3) Obiettivi tematici:

- a) *piena attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, garantendo l'organizzazione funzionale e la razionalizzazione dei processi analitici e gestionali;*
- b) *digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti digitali richiesti dal livello centrale e regionale, nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei susseguenti provvedimenti regionali nella percentuale definita;*
- c) *raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR Missione 6 (circolare Mef 2449 del 03.01.2024);*
- d) *il rispetto dei tempi di pagamento.*

Obiettivi contenuti nel Documento programmatico generale del Direttore Generale per l'anno 2026

L'Azienda, mediante l'emanazione del Documento programmatico del Direttore Generale 2026, allegato al presente documento, ha definito gli indirizzi di natura sanitaria volti al conseguimento degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del S.S.R., con particolare riferimento all'assistenza centrata sul paziente al fine di rispettare i suoi bisogni/valori e garantire le decisioni cliniche prese in suo favore. In tale ottica, essa si concentra principalmente sulle seguenti linee di attività:

- rispetto delle liste di attesa per codici di priorità;
- adeguamento e potenziamento delle reti tempo dipendenti;
- riduzione dei tempi di degenza media;
- fruizione delle ferie;
- proseguimento nell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico;
- screening oncologici;
- obiettivo NSG H18C sui parti cesarei;
- indirizzi in materia di anticorruzione e trasparenza;
- Indirizzi di natura economico-finanziaria volti al mantenimento dell'equilibrio economico;

- interventi PNC e PNRR da realizzare nel 2026;
- conseguimento degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del SSR.

Per una visione più dettagliata di tali linee di attività si rinvia al *Documento programmatico del Direttore Generale 2026* allegato al presente piano.

Obiettivi operativi

Con riferimento agli obiettivi della programmazione regionale e di quelli declinati attraverso il documento programmatico sopra richiamato, l'Azienda ha posto in essere un processo di programmazione proiettato ad un orizzonte temporale triennale, individuando gli obiettivi operativi per il personale dirigente.

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

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

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

- AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA E DELL'ECONOMICITÀ;
- AREA STRATEGICA DELL'EFFICACY e DELL'EFFECTIVENESS, DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA;
- AREA STRATEGICA DELL'INNOVAZIONE E DELL'EQUITÀ;
- AREA STRATEGICA DELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE.

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

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

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

2.2.4 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

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

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

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Premessa

La presente sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA 2022- 2024 e s. m. e dell'art. 3 c. 1 lett. c) del DM 132/2022 contiene:

Definizione degli obiettivi strategici

1. la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
2. la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
3. la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
4. l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
5. la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
6. il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
7. la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

Per i grandi enti, il PNA 2022 – 2024 ha rappresentato un atto di indirizzo importante ai fini della redazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e lo sono ancora di più, per quegli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, la determinazione ANAC n. 12 del 28 /10/2025 e il PNA 2016 approvato con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, dal momento che entrambe recano un capitolo dedicato alla Sanità, in un settore così delicato, in cui la materia dell' anticorruzione e dei suoi decreti attuativi deve fare i conti con una particolare disciplina di settore.

Sempre al settore sanitario si riferisce un altro importantissimo atto di indirizzo, ovvero la Delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, recante le linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale, con cui l'Autorità ha fornito indicazioni su come redigere i propri codici di comportamento.

Tuttavia, questi interventi normativi che delineano in maniera rigorosa l'applicazione della disciplina dell'anticorruzione e dei suoi decreti attuativi nel settore sanitario, sono oggi destinati a fare i conti con tutta una normativa post COVID e post adozione del PNRR, che come prima mission ha puntato alla digitalizzazione e alla semplificazione dell'azione amministrativa; un esempio su tutti da richiamare è quello relativo alla nuova disciplina in materia di trasparenza e pubblicità legale dei contratti pubblici contenuta nel d.lgs. n. 36/23.

Sono tutti interventi normativi che sono stati poi recepiti negli ultimi atti dell'ANAC, motivo per il quale è intenzione dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta fare una ricognizione delle novità, in modo da recepirle nella presente sezione, al fine di garantire l'introduzione di una efficace strategia di lotta alla corruzione, segnando un evidente cambio di passo rispetto al passato.

Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO

L'art 3 c. 1 lett. c) del DM n. 132/2022 recante la disciplina del c.d. PIAO, richiama la modifica apportata dall'art 41 del d.lgs. n. 97/16 all'art 1 c. 8 della l. n. 190/12, il quale interviene a definire l'impegno dell'organo politico nella lotta alla corruzione e le conseguenti responsabilità in capo a quest'ultimo derivanti da scelte non conformi al quadro normativo vigente.

Di seguito gli obiettivi strategici fissati dall'organo di indirizzo politico per l'anno 2026 che confluiranno nel presente PIAO

- a) **Obiettivo strategico in materia di Trasparenza:** *"verifica straordinaria in corso d'anno in Amministrazione Trasparente, in particolare nella sottosezione Bandi di Gara e Contratti al fine di monitorare la corretta attuazione della novella legislativa introdotta con l'art. 28 del D. Lgs 36/2023"*
- b) **Obiettivo strategico in materia di Anticorruzione:** *"Sensibilizzazione al rispetto della normativa in materia di conflitto di interessi tramite adozione di direttiva ad hoc e monitoraggio della misura in ossequio alla Delibera Anac n. 63/2023"*.

L'organo di indirizzo politico vigila sull'attuazione degli obiettivi stabiliti con azioni di impulso all'RPCT.

Analisi del contesto esterno

Per quanto riguarda il campo di azione stabilito dapprima dal PNA 2022 e s.m. e successivamente dalla disciplina del PIAO, il primo elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione è proprio “la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l’amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;

Questa attività ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente nel quale l’amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell’idoneità delle misure di prevenzione.

Per l’analisi del fenomeno, quindi, sulla scorta di quanto consigliato anche dall’ANAC, è di pregevole ausilio la lettura di quanto riportato nella relazione della Direzione Investigativa Antimafia del I e II semestre del 2024 disponibile al seguente link : <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>, la quale, a pag. 18, reca nello specifico “**un’ Analisi del fenomeno criminale della camorra e delle altre organizzazioni mafiose campane**”, in particolare si legge che “ *con il termine camorra viene univocamente definito il fenomeno mafioso campano nelle sue diverse forme, che assume specifiche peculiarità in ragione dei differenti contesti territoriali in cui ha avuto origine e si è evoluto. Accanto ad organizzazioni criminali che potrebbero essere definite, per struttura e per capacità delinquenziali, di “livello inferiore” – condensate attorno a piccoli nuclei familiari ed orientate principalmente allo spaccio di stupefacenti e alle pratiche estorsive in danno di attività commerciali, oltre che ai più comuni reati predatori – coesistono, in posizione sovraordinata, organizzazioni mafiose di più lunga tradizione, che nel tempo si sono evolute in strutture organizzative più complesse per il conseguimento di una molteplicità di interessi illeciti. Queste ultime, sulla spinta di cointeressenze criminali, pretendono verso alleanze che spesso si consolidano in “cartelli” o “confederazioni” e adottano strategie sistemiche all’interno del contesto socio-economico in cui operano anche oltre le aree di tradizionale immanenza, agendo come vere e proprie “imprese mafiose”.* Proseguendo nella lettura, vi è un approfondimento su alcune attività illecite: “*Con riferimento agli interessi illeciti, il traffico e lo spaccio di droga, le estorsioni e l’usura restano gli ambiti maggiormente diffusi e più remunerativi per i gruppi camorristici, anche minori, sempre pronti a contendersi il controllo del territorio non esitando a fare ricorso alla violenza. Tuttavia, più recenti esiti investigativi hanno riscontrato un crescente e diffuso interesse per le attività illecite ad alto profitto e con ridotto rischio giudiziario quali il controllo delle aste fallimentari e delle procedure di esecuzione immobiliare, il ricorso alle c.d. società “cartiere” per l’emissione di fatture per operazioni inesistenti allo scopo di riciclare denaro, ovvero realizzare frodi fiscali. Per quanto concerne la distribuzione geografica del fenomeno camorristico in Campania, le province di Napoli e **Caserta** si confermano le aree ove la criminalità mafiosa opera con maggiore incidenza e in forma più qualificata. Qui, invero, operano i grandi*

cartelli ed altri sodalizi più strutturati rispetto ai quali è ragionevole dedurre che la connotazione economica abbia surclassato quella militare.”.

Prosegue la relazione con un approfondimento della situazione territoriale della Provincia di Caserta a pag. 123, in cui si legge che *“Il fenomeno mafioso nella provincia di Caserta ha storicamente il suo epicentro a Casal di Principe – estendendosi anche ai circostanti Comuni dell’agro-aversano e del restante territorio del capoluogo – ove ha avuto origine e si è evoluto il cartello camorristico dei CASALESI, in passato definito “senza tema di smentita, il più potente gruppo mafioso operante in Campania...dai connotati più simili alle organizzazioni mafiose siciliane che alle restanti organizzazioni camorristiche campane”.*

Dalla relazione emerge un contesto difficile e pericoloso in cui l’Azienda ospedaliera si trova ad operare e ciò impone una particolare attenzione nella predisposizione delle misure di prevenzione della corruzione e un loro costante monitoraggio al fine di dare concreta attuazione alla strategia di lotta alla corruzione messa in atto dall’ ente.

Analisi del contesto interno

Per quanto riguarda il campo di azione stabilito dapprima dal PNA 2022 e s.m. e successivamente dalla disciplina del PIAO, secondo i criteri riportati in premessa, **il secondo elemento richiesto concerne “la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell’ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l’esposizione al rischio corruttivo”.**

Essa riguarda gli aspetti legati all’organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall’altro, il livello di complessità di un ente pubblico o pubblica amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

La Legge n. 190/2012, prevede all’art. 1 commi 6, 7 e 8, la sinergia tra diversi livelli di governo:

- L’ organo di indirizzo politico nelle strutture sanitarie è il **Direttore Generale**, il quale:
 - Nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
 - Fissa gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza nella logica di una sua effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione ex art 1. C. 8, l. n. 190/12 e che sono destinati a confluire nei documenti di programmazione strategico gestionale adottati dall’ Azienda al fine di garantire la coerenza e l’effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.
 - Approva il Piano Integrato di attività ed organizzazione, c.d. PIAO

Con Delibera di Giunta Regionale Campania n. 591 del 06/08/2025 è stato individuato quale Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta il Dr. Gennaro Volpe e con successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 109 del 08/08/2025 è stato nominato il Dr. Gennaro Volpe a Direttore Generale della medesima Azienda per la durata di anni cinque, ai sensi dell'art. 18 bis, della L.R. Campania n. 32/1994

Nell'obiettivo di programmare e integrare in modo più incisivo e sinergico la materia della trasparenza e dell'anticorruzione l'art 41 c. 1, lett. f) del d.lgs. n. 97/16 ha modificato l'art. 1, co. 7, della legge 190/2012 determinando l'unificazione in capo ad un unico soggetto del ruolo di **Responsabile della prevenzione della corruzione** e oggi anche **della trasparenza, (RPCT)**.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, individuato dall'organo di indirizzo politico nella persona del dott. Pasquale Giugliano (Direttore dell'U.O.C. Medicina Legale), nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 13/10/2025. Tutti i compiti dell'RPCT sono riassunti nella delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 e nell'All. 3) al PNA 2022- 2024. In particolare:

- **L'art 1, co. 8, l. 190/2012**, stabilisce l'obbligo per l'RPCT di predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) oggi sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e di sottoporlo all'Organo di indirizzo politico (il Direttore Generale) per la necessaria approvazione.
- **L'art 1, co. 7, l. 190/2012** impone all' RPCT di segnalare sempre all'Organo di indirizzo politico e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) *le «disfunzioni» inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza»*
- **L'art 1, co. 10, l. 190/2012** prevede che l'RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità e proponga modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione
- **L'art. 1, co. 14, l. 190/2012** stabilisce che l'RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC. **La relazione annuale va inviata all'organo politico e all' OIV**
- **L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013** attribuisce all' RPCT il compito di occuparsi dei casi di **riesame dell'accesso civico**: *“Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”.*

- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, l'RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina ai sensi dell'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che l'RPCT curi la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale .

L'attività che si trova a svolgere il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza è di carattere prettamente *istruttorio*, solo in un caso ha **poteri di accertamento**, ovvero quando è destinatario di segnalazioni relative a cause di inconferibilità/incompatibilità di cui al d.lgs. n. 39/13.

❖ *I Direttori di Dipartimento/UU.OO.C.C./ Dirigenti medici, amministrativi e tecnici* svolgono:

- **Attività informativa** nei confronti dell'RPCT, dei Referenti per la prevenzione e dell'Autorità giudiziaria
- **Partecipano al processo di gestione del rischio**
- **Propongono misure di prevenzione della corruzione**
- **Assicurano la corretta attuazione delle misure e l'osservanza del Codice di Comportamento**
- **Provvedono alla pubblicazione dei dati relativi all'attività cui sono preposti**

NB:

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

Quest'ultimi, ove nominati:

- svolgono attività informativa nei confronti dell'RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera attività
- coadiuvano l'RPCT nel monitoraggio del rispetto delle previsioni contenute nella sezione corruzione del PIAO da parte delle strutture e dei dirigenti
- Controllano ed assicurano la corretta attuazione della disciplina sulla trasparenza sia in termini di pubblicazione che di accesso documentale, civico semplice e generalizzato.

- ❖ ***L'Organismo indipendente di Valutazione*** (c.d. OIV) partecipa alle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle sue funzioni ad opera del d.lgs. n. 97/16.

In particolare:

Verifica che i PTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che nella valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all' anticorruzione e alla trasparenza, (art 43 e 44, d.lgs. n. 33/13).

Esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall' Ente (art 54 c. 5, d.lgs. n. 165/2001)

Comunica all' ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Attesta il rispetto degli obblighi di pubblicazione sulla scorta della Delibera che ogni anno l'ANAC pubblica e a cui sono allegate le griglie di rilevazione per tipologia di ente da cui si evincono le sottosezioni dell'Amministrazione Trasparente sottoposte a verifica per l'anno in corso.

E' formato dai seguenti componenti:

Presidente: Prof.ssa Maria **Triassi** (Deliberazione n. 193 del 19/02/2025)

Componenti:

Ing. Mariella **Leonardo** (Deliberazione n. 660 del 30/05/2024)

Dott. Luca **De Franciscis** (Deliberazione n. 660 del 30/05/2024)

- ❖ **L' Ufficio procedimenti disciplinari:**

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

- ❖ **Il personale dipendente medico / amministrativo**

- Osserva le misure di prevenzione della corruzione contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO

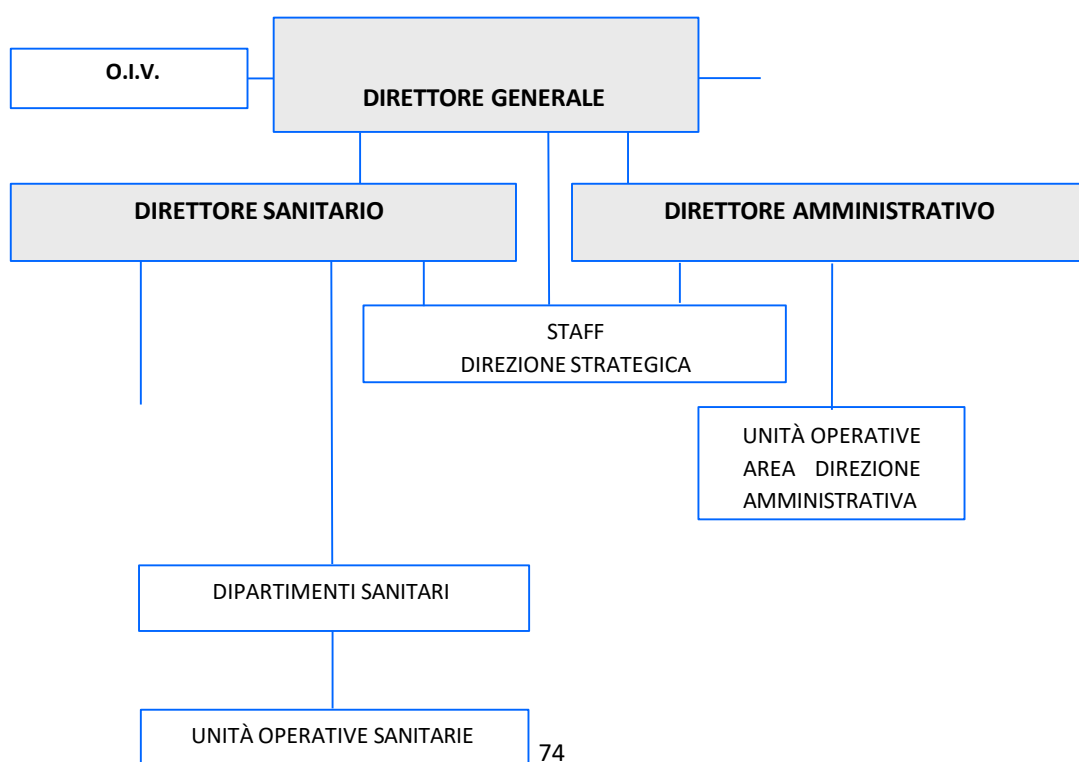
- Segnala all' RPCT violazioni del diritto nazionale e dell'unione europea ex d.lgs. n. 24 del 10/03/2023 di recepimento della Direttiva UE 2019/1937 sulla nuova disciplina del whistleblowing
- Segnala casi di personale conflitto di interesse (ex art 6 bis l. n. 241/'90 e art 6 e7 del D.P.R. n. 62/13 modificato dal DPR n. 81 del 13/06/2023)

❖ I Collaboratori/ Consulenti

- osservano le misure contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e gli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento
- segnalano disfunzioni in ordine alla attuazione della L. n 190/12 secondo Regolamenti ANAC n. **328** (integrato dalla Delibera n. 140 del 20 marzo 2024 e dalla Delibera n. 449 dell'11 novembre 2025) / **329** (integrato dalla Delibera n. 449 dell'11 novembre 2025 e dalla Delibera ANAC n. 450 dell'11 novembre 2025) / **330 del 29 marzo 2017** (integrato dalla Delibera ANAC n. 307 del 23 luglio 2025 e dalla Delibera ANAC n. 451 dell' 11 novembre 2025)
- segnalano violazioni del diritto nazionale e dell'unione europea ai sensi del d.lgs. n. 24/23.

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

ORGANIGRAMMA GENERALE



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*)

Direzione Generale

Area Direzione Sanitaria

Unità operative

Area Direzione amministrativa

Unità operative amministrative, professionali e tecniche attive

- **AREA CLINICO-ASSISTENZIALE** articolata in Dipartimenti

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

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

La mappatura dei processi

Per quanto riguarda il campo di azione stabilito dapprima dal PNA 2022 e s.m. e successivamente dalla disciplina del PIAO, secondo i criteri riportati in premessa, **il terzo elemento richiesto concerne "la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico"**.

Essa è riportata in unica griglia insieme alla indicazione delle misure di prevenzione che l'Azienda Ospedaliera intende attuare e dei soggetti responsabili della loro attuazione.

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la c.d. *mappatura dei processi*, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. In particolare, questa attività si articola nella ricerca e descrizione dei processi attuati all'interno dell'Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l'accezione ampia contemplata dalla normativa e dai P.N.A.

In base all'allegato 1) al PNA 2019, tale attività consiste appunto nella individuazione dei processi e soprattutto nello stabilire l'oggetto di analisi, ovvero cosa descrivere: (il processo o le fasi di cui esso si compone).

A tal proposito si specifica che **la scelta fatta dall'Azienda Ospedaliera è stata quella di scomporre i procedimenti amministrativi in fasi.**

Il risultato atteso da questa attività è l'identificazione dell'elenco completo dei processi attivi nell'ente; elenco che potrà essere aggregato nelle c.d. *aree di rischio*, intese come raggruppamenti omogenei di processi.

Le aree di rischio possono essere distinte in "general", cioè comuni a tutte le pubbliche amministrazioni ed enti assimilati e in "aree specifiche" presenti solo in alcune tipologie di enti, come quelle richiamate nella determinazione ANAC n.1 2/2015 e nel PNA 2016 per il settore sanitario.

In base all'art 1 c. 16 della l. n. 190/12 sono aree di rischio cd. Generali, quelle di seguito richiamate:

- Acquisizione e gestione del personale
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto e immediato (autorizzazioni, concessioni)
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato (erogazione contributi)
- Contratti pubblici

Per il settore sanitario, l'ANAC sia nella determinazione n. 12/2025 che nel PNA 2016 ha individuato sia aree comuni a tutte le strutture sanitarie sia aree specifiche.

Rientrano tra le aree di rischio generali:

- a) contratti pubblici;
- b) incarichi e nomine;
- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Sono, invece considerate aree di rischio specifiche:

- a) attività libero professionale e liste di attesa;
- b) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- c) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La valutazione del rischio è la II 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 e si articola in 3 fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

- **L'identificazione del rischio è un'attività che consente l'individuazione, in rapporto al processo / fasi del processo oggetto di descrizione, dell'evento o degli eventi di natura corruttiva, che possono verificarsi in relazione al processo/ fasi del processo mappati.**
- **L'analisi del rischio : dopo aver individuati gli eventi di natura corruttiva collegati al processo / fasi del processo descritti, occorre valutare il livello di esposizione a rischio corruzione del processo o delle sue fasi al fine di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi di quei c.d. *fattori abilitanti della corruzione*, fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione .**

NB:

L'Azienda Ospedaliera ha provveduto ad effettuare una mappatura dei processi negli anni addietro, ma poiché il PNA 2025 è in corso di pubblicazione sebbene non reso noto sul sito di ANAC nulla innova rispetto a quanto definito nell'allegato 1) al PNA 2019, questa Azienda si riserva di intesa tra RPCT e i Direttori di Dipartimento, di provvedere ad un aggiornamento della stessa mappatura e di verificare l'eventuale introduzione di misure di prevenzione generali e speciali non richiamate nell'ambito dei processi già mappati da effettuare **entro e non oltre il 30 giugno 2026.**

La griglia recante i processi mappati si allega alla presente sezione e rappresenta l'allegato 1).
La sua impostazione richiama quella dell'allegato 1) dell'aggiornamento 2024 al PNA 2022,

sebbene il PNA 2024 approvato con Delibera ANAC n. 31 del 30 gennaio 2025 si rivolge ai piccoli comuni.

Il registro dei rischi corruttivi

Sempre in base ai criteri riportati in premessa, **il quarto elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione concerne "l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati"**.

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un **"Registro degli eventi rischiosi"**, nel quale sono riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Per ogni processo deve essere individuato almeno un evento rischioso. Nella costruzione di tale Registro è importante fare in modo che gli eventi rischiosi siano adeguatamente descritti, siano specifici del processo nel quale sono stati rilevati e non generici.

AREA 1: ACQUISIZIONI E PROGRESSIONE DEL PERSONALE	
Fasi del processo	1) Reclutamento del personale non dirigenziale per selezione pubblica
Programmazione	
Rischio	Alterazione fabbisogno di personale. Evitare intenzionalmente la stabilizzazione per favorire l'assunzione di altro personale. Ricorrere agli avvisi e alle procedure concorsuali bypassando la mobilità e lo scorrimento di graduatorie per favorire l'assunzione di personale determinato ex ante.
Progettazione del concorso/avviso pubblico per il reclutamento di personale	
Rischio	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante. 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. Accettazione domande pervenute oltre la scadenza. Omissione o non adeguata verifica dei requisiti.
Selezione del personale	
Rischio	Composizione pilotata della commissione di concorso al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante. Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante. Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari. Opacità della pubblicazione dei risultati.
Fasi del processo	2) Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica

Programmazione	
Rischio	Alterazione fabbisogno di personale. Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire. Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione
Progettazione del concorso/avviso pubblico per il reclutamento di personale	
Rischio	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante. Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante
Selezione del personale	
Rischio	Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari. Opacità della pubblicazione dei risultati

PROCESSO	3) Progressioni di carriera
Rischio	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari
FASI DEL PROCESSO	4) Istituti incentivanti trattamento economico accessorio
Valutazione performance individuale Calcolo del premio/retribuzione e di risultato	Arbitraria assegnazione della retribuzione di risultato

AREA 2: INCARICHI E NOMINE	
1) Assegnazione incarichi di consulenza secondo il 15 septies Dlgs 502/92 e successive modifiche	
Rischio	Utilizzo strumentale dell'art. 15 -septies del Dlgs 502/92 al fine di conferire un incarico dirigenziale per interessi privati e/o corruttivi. Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi.
FASI DEL PROCESSO	2) Conferimento di incarichi di collaborazione
Selezione pubblica per il conferimento di incarichi attivati su progetti autorizzati.	

Rischio	Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi.
Selezione e incarichi di consulenza legale	
Rischio	Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi. Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.
Selezione e incarichi di consulenza tecnica	
Rischio	Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione, in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi ovvero motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.
	3) Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001
	Abuso nell'adozione di provvedimenti di autorizzazione di incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001 al fine di favorire particolari soggetti. Esercizio non autorizzato di attività extra-istituzionale o in violazione della disciplina che detta modalità e limiti all'esercizio medesimo.

FASI DEL PROCESSO	4) Procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali
Proposta di incarico	
Rischio	Accordi e/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente.
Attribuzione incarico	
Rischio	Accordi e/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente. Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione.
Revoca degli incarichi dirigenziali	
Rischio	Utilizzo distorto dello strumento di revoca a fini ricattatori/pressioni per finalità corruttive/personali. Mancata rilevazione/omissione di inadempienze al fine di evitare la revoca dell'incarico, per finalità corruttive/personali.

AREA 3 : CONTRATTI PUBBLICI	
Fasi del processo	1) Approvvigionamenti
Programmazione	
Rischio	Frazionamento delle forniture. Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti. Utilizzo distorto della proroga al fine di favorire un fornitore
Progettazione della gara. (Nomina del Rup Definizione della strategia di gara (tipo di gara, base d'asta, criteri di partecipazione, criterio di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio).	
Predisposizione degli atti di gara ed elaborati tecnici	
Rischio	Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquisire per favorire un soggetto predeterminato
Nomina della Commissione giudicatrice	
Rischio	Nomina dei commissari in conflitto di interessi o privi di necessari requisiti
Selezione del contraente	
Rischio	Applicazione distorta dei criteri di valutazione Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante OEV Mancata definizione dei criteri motivazionali per l'attribuzione dei punteggi in caso di OEV Applicazione distorta e non congrua nella attribuzione dei punteggi per specifiche tecnico funzionali che individuano un unico operatore economico. Alterazione o sottrazione documentazione di gara. Mancanza di valutazione o valutazione alterata dell'offerta anomala.
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	
Rischio	Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche. Mancato rispetto dei termini previsti dalla normativa di settore. Mancato inserimento di tutte le clausole capitolari che disciplinano l'esecuzione del contratto. Modifica in sede di stipula delle condizioni previste dal capitolato tecnico e speciale. Mancata previsione della progettazione offerta. Alterazioni nell'oggetto dell'appalto. Aggravio di costi per l'azienda Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza. Mancata verifica requisiti subappaltatore
Esecuzione e rendicontazione	
Rischio	Eccessivo ricorso alle varianti. Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma Pagamenti ingiustificati

2) Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara

Rischio	Bypassare la selezione pubblica attraverso assunzioni per il tramite di agenzie di somministrazione di lavoro Iscrizione alla società somministratrice di persone che si vuole favorire nell'assunzione presso l'AO
3) Convenzioni	
Convenzioni con enti non profit	
Rischio	Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società
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	
Rischio	Convenzioni passive: Attivare la convenzione in situazioni di urgenza o in tempi tali da favorire la richiesta di un medico determinato ex ante Convenzioni attive: inviare personale già determinato
Convenzioni con Università, Enti di ricerca e altre AAOO	
Rischio	Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società

AREA 4 : Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	
PROCESSO	1) Utilizzo dei beni e risorse aziendali
Rischio	Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali.
PROCESSO	2) Richieste rimborsi spese
Rischio	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione).
FASI DEL PROCESSO	Presentazione richiesta di rimborso Verifica sulla documentazione comprovante la spesa Liquidazione somme da rimborsare

Rischi	Falsificazione documentazione comprovante la spesa. Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio
PROCESSO	3) Attribuzione budget
FASI DEL PROCESSO	Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di responsabilità Elaborazione schede di budget e schede obiettivi Assegnazione obiettivi per Centri di responsabilità Negoziazione degli obiettivi Approvazione del budget aziendale e assegnazione ai Centri di responsabilità
Rischi	Alterazione dei dati volta a favorire una struttura nell'assegnazione del budget
PROCESSO	4) Transazioni
Rischio	Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro
PROCESSO	5) Liquidazione attività intramoenia
FASI DEL PROCESSO	Controllo ai fini della liquidazione dell'ALPI Liquidazione attività intramoenia
Rischio	Favorire nell'ordine di pagamento un professionista Indebita percezione di emolumenti economici
PROCESSO	6) Pagamento fornitori/creditori
FASI DEL PROCESSO	Liquidazione tecnica-amministrativa delle spese La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria emette l'ordine di pagamento Il mandato di pagamento viene trasmesso al Tesoriere Il Tesoriere estingue i mandati ricevuti
Rischio	Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori
PROCESSO	7) Incassi Ticket e gestione recupero crediti codice bianco
FASI DEL PROCESSO	Il cassiere incassa la somma e rilascia quietanza liberatoria o regolare fattura. A fine giornata il cassiere: - elabora la distinta delle operazioni giornaliere - attiva l'importazione automatica in contabilità - elabora un prospetto dell'incasso giornaliero e lo trasmette alla U.O.C. Gestione Economica - preleva l'incasso e lo trasferisce alla Tesoreria
Rischio	Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket. Falsa autodichiarazione e accettazione al CUP per ottenere l'esenzione in caso di assegnazione codice bianco Alterazione delle liste di nominativi dei beneficiari esenzione in caso di codice bianco
PROCESSO	8) Emissione mandati/incasso reversali
FASI DEL PROCESSO	La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette con modalità telematica la distinta a Tesoriere Emissione ordinativo d'incasso e sua sottoscrizione da parte del Direttore della U.O.C. Gestione Economica Finanziaria Registrazione dell'ordinativo d'incasso nel giornale di Cassa e invio per via telematica al Tesoriere Gli agenti della riscossione incassano le somme Gli agenti della riscossione versano al Tesoriere le somme incassate.
Rischio	Distrazione di risorse mediante alterazione/ falsificazione dei dati/documenti

PROCESSO	9) Recupero crediti
FASI DEL PROCESSO	La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria sollecita i crediti scaduti e non ancora riscossi 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
Rischio	Favorire utenti non solventi.
PROCESSO	10) Gestione risarcimento danni
FASI DEL PROCESSO	Richiesta risarcimento Istruttoria richiesta Erogazione della somma
Rischio	Favorire il soggetto danneggiato
PROCESSO	11) Stipula di contratti di locazione e acquisizione/alienazione di beni immobili e mobili registrati
FASI DEL PROCESSO	Stipula del contratto (in caso di locazione) Iscrizione nei conti d'ordine del valore dei canoni da corrispondere (in caso di acquisto) Inserimento del cespite nell'attivo patrimoniale dell'Azienda (in caso di alienazione) Eliminazione del cespite dall'attivo patrimoniale
Rischio	Sottoscrizione di condizioni di acquisto, alienazione o locazione volti a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione
PROCESSO	12) Gestione beni mobili e immobili
FASI DEL PROCESSO	Cancellazione Libro Cespiti Beni Mobili Dichiarati Fuori Uso Registrazione Dati sul Libro Cespiti (mobili e immobili) Trasferimento beni da/a U.O
Rischio	Intenzionale errata contabilizzazione dei beni mobili e immobili

AREA 5 : Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	
PROCESSO	1) Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni
Rischio	Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio
PROCESSO	2) Permessi e aspettative retribuite ex lege 104/92
FASI DEL PROCESSO	Valutazione domanda e dichiarazioni in essa contenute e contestuale esame documentazione allegata Eventuale richiesta di integrazione alla documentazione o alla domanda presentata Registrazione del verbale/esito della valutazione Predisposizione documento di ammissione domanda Registrazione sul sito PERLA PA dei permessi fruiti da ciascun lavoratore nel Corso dell'anno precedente
Rischio	Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati
PROCESSO	3) Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie

FASI DEL PROCESSO	Controlli schede di dimissioni ospedaliere a campione o mirato su fenomeni anomali (Intercettati attraverso il DRG). Flussi informativi sanitari da trasferire alla Regione e al Ministero
Rischio	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). Alterazione dati inseriti nella SDO da parte del medico Alterazione dati di consumo beni (farmaci e dispositivi medici)

PROCESSO	4) Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato
FASI DEL PROCESSO	L'ufficio istruttore viene a conoscenza della violazione perpetrata dal dipendente Contestazione scritta dell'addebito della sanzione al dipendente e convocazione dipendente per sua difesa. L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari, effettua gli accertamenti e valuta le giustificazioni addotte dal dipendente L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari irroga la sanzione applicabile tra quelle previste dal Codice disciplinare
Rischio	Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare. Omissione da parte del direttore della UO di attivare la conseguente procedura entro la tempistica prevista. Intenzionale mancata chiusura del procedimento nei tempi previsti
PROCESSO	5) Attestazione della presenza in servizio.
FASI DEL PROCESSO	1. Verifica e controllo del tabulato orario . 2. Rilevazione delle timbrature
Rischio	Falsa attestazione della presenza in servizio. Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio

AREA 6 : Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	
PROCESSO	1) Accessi prioritari programmati
FASI DEL PROCESSO	Prenotazione diretta da parte del medico attraverso la creazione di un'agenda informatica Accettazione del paziente a cura del CUP nel giorno della prenotazione Erogazione della prestazione
Rischio	Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private
PROCESSO	2) Prestazioni ambulatoriali per la prescrizione di farmaci che necessitano di piano terapeutico
FASI DEL PROCESSO	Prenotazione diretta da parte del medico (allo scadere del piano terapeutico) attraverso la creazione di un'agenda informatica Accettazione del paziente a cura del CUP nel giorno della prenotazione Erogazione della prestazione
PROCESSO	3) Day Service

FASI DEL PROCESSO	Proposta di attivazione di un PACC (percorso assistenziale complesso e coordinato) da parte di un medico Prenotazione attraverso CUP con la gestione di agenda informatica (distinta da quella dell'attività ambulatoriale) Erogazione della prestazione
Rischio	Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private
PROCESSO	4) Ricovero chirurgico programmato e in elezione
FASI DEL PROCESSO	Predisposizione Scheda di ricovero con indicazione di priorità Inserimento nella lista di attesa Convocazione del paziente per pre-ricovero Pre-ricovero Erogazione della prestazione
Rischio	Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa
PROCESSO	5) Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital
FASI DEL PROCESSO	Proposta del ricovero dal medico specialista Attribuzione criterio di priorità Inserimento nella lista Convocazione del paziente per il ricovero Erogazione della prestazione
Rischio	Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento nella lista di attesa
PROCESSO	6) Gestione pronto soccorso
Rischio	Bypassare la lista di attesa attraverso l'accesso in pronto soccorso per urgenza

AREA 7 : Attività libero professionale	
PROCESSO	1) Autorizzazione Attività ALPI
FASI DEL PROCESSO	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
Rischio	Favorire un soggetto nell'ottenimento di autorizzazioni
PROCESSO	2) Realizzazione attività intramoenia

FASI DEL PROCESSO	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
Rischio	Svolgimento dell'attività intramoenia allargata in violazione delle regole stabilite (es. in orario di lavoro, in spazi non autorizzati, omettendo la fatturazione).

AREA 8 : Farmaceutica	
PROCESSO	1) Gestione Farmaci e dispositivi medici
FASE DEL PROCESSO	Prescrizione farmaci e dispositivi medici
Rischio	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. Arbitrio nella prescrizione dei prodotti fuori gara regionale
FASE DEL PROCESSO	Ricezione e stoccaggio merce
Rischio	Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna (modificato e accorpato più rischi)
FASE DEL PROCESSO	Consegna farmaci e dispositivi medici alle UO
Rischio	Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna
FASE DEL PROCESSO	Utilizzo dei farmaci: invio richiesta dal coordinatore infermieristico, validata dal medico, validazione della Dirigente farmacista, trasmissione al preparatore che allestisce il pacco da inviare in reparto; nel momento dello scarico dal magazzino in automatico il prodotto viene caricato nell'armadietto; validazione nel reparto e poi utilizzo. (Sistema order entry)
Rischio	Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali
FASE DEL PROCESSO	Gestione delle apparecchiature elettromedicali

Rischio	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 Omissione di manutenzione finalizzata a rendere non riutilizzabili le apparecchiature
---------	---

AREA 9 : Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	
PROCESSO	1) Sperimentazioni
FASE DEL PROCESSO	Richiesta di sperimentazione Approvazione del contratto Fatturazione e liquidazione compenso
Rischio	Far prevalere l'interesse personale dello sperimentatore e altri soggetti coinvolti al fine di ottenere benefici economici. Pressione dello sperimentatore e/o di altri soggetti coinvolti su componenti del Comitato etico di riferimento al fine di ottenere benefici e vantaggi privati
PROCESSO	2) Sponsorizzazioni di attività non formative e formative
FASE DEL PROCESSO	Individuazione delle iniziative di sponsorizzazione Proposta di sponsorizzazione (su iniziativa dell'Azienda o di terzi) Elaborazione Progetto di sponsorizzazione Elaborazione e pubblicazione avviso per selezione sponsor Selezione dello sponsor
Rischio	Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni

AREA 10 : Medicina legale	
PROCESSO	1) Medicina legale Certificativa
FASE DEL PROCESSO	Interna: Visita medico legale su chiamata del responsabile dell'unità operativa (richiesta interna di visita o parere medico legale per un traumatizzato)
Rischio	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .
FASE DEL PROCESSO	Interna: Parere tecnico per presunta colpa professionale
Rischio	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .

FASE DEL PROCESSO	Esterna: Valutazione del danno biologico
Rischio	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione del danno biologico
FASE DEL PROCESSO	Esterna: Certificazione di idoneità psicofisica

Rischio	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).
PROCESSO	2) Medicina legale Necroscopica Aziendale
FASE DEL PROCESSO	Scelta ditta funeraria
Rischio	Chiamata/imposizione delle ditte funerarie da parte degli operatori
PROCESSO	3)Obitorio giudiziario
FASE DEL PROCESSO	Trasporto in sala mortuaria a disposizione della magistratura
Rischio	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

AREA 11 : Affari legali e contenzioso

PROCESSO	1) Assistenza legale gestita da avvocatura interna
FASE DEL PROCESSO	Ricezione atto giudiziale Istruttoria Decisione di ricorrere in giudizio o procedere preventivamente per vie extragiudiziali
Rischio	Omissione di informazioni per l'istruttoria al fine di agevolare il soggetto terzo ricorrente
PROCESSO	2) Assistenza legale gestita da avvocati nominati sulla base della short list
FASE DEL PROCESSO	Nomina e assegnazione dell'incarico Istruttoria Rappresentazione in giudizio.
Rischio	Intraprendere la via giudiziale anche quando non ricorrono gli estremi di vantaggio dell'ente, al fine di vantaggi personali
PROCESSO	3) Procedimenti legali nei confronti dipendenti per responsabilità professionale e rimborso spese di giustizia
FASE DEL PROCESSO	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
Rischio	Mancata costituzione dell'ente come parte civile al fine di favorire il dipendente

AREA 12: Formazione e aggiornamento professionale del personale

PROCESSO	1)Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale
FASE DEL PROCESSO	Definizione del fabbisogni formativo

Rischio	Alterazione dei fabbisogno formativo al fine di curvare il piano di formazione al perseguimento di finalità e utilità private
FASE DEL PROCESSO	Pianificazione offerta formativa
Rischio	Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione

FASE DEL PROCESSO	Attribuzione incarico docenti interni/esterni e/o enti di formazione
Rischio	Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri
FASE DEL PROCESSO	Erogazione dei corsi di formazione
Rischio	Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi

PROCESSO	2) Organizzazione di eventi formativi sponsorizzati in azienda
FASE DEL PROCESSO	Definizione e/o selezione degli eventi formativi sponsorizzati
Rischio	Pilotamento della definizione o selezione degli eventi formativi sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private
FASE DEL PROCESSO	Contratto con lo sponsor
Rischio	Inserire clausole che possono favorire lo sponsor e/o personale predeterminato
FASE DEL PROCESSO	Selezione del personale destinatario dei eventi formativi sponsorizzati
Rischio	Favorire personale predeterminato

PROCESSO	3) Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati
FASE DEL PROCESSO	Acquisizione e selezione dei programmi di eventi formativi esterni sponsorizzati
Rischio	Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguimento di finalità e utilità private
FASE DEL PROCESSO	Selezione del personale per la partecipazione agli eventi formativi esterni sponsorizzati

Rischio	Favorire personale predeterminato
FASE DEL PROCESSO	Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati
Rischio	Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO

Le misure di prevenzione della corruzione obbligatorie

Il quinto elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione concerne “la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa”.

Di seguito si riporta una breve descrizione delle misure di prevenzione c.d. obbligatorie insieme ad una programmazione triennale delle azioni che per ciascuna misura l'ente ha intenzione di mettere in campo nel triennio di validità della presente sezione e la loro relativa programmazione temporale 2026 – 2028

MISURA DI CONTRASTO	CODICE IDENTIFICATIVO MISURA
Codici di comportamento	M01
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M02
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M03
Svolgimento di attività ed incarichi extra- istituzionali.	M04
Whistleblowing	M05
Patti di integrità	M06
Formazione	M07
Divieto di pantouflage	M08
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.	M09
Verifica sui dati inseriti dal RASA su AUSA	M10

M01) Il Codice di Comportamento

Il DPR n. 62/2013 *"Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"*, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare sia in servizio sia fuori servizio.

L'art. 54 del D.lgs. 165/2001, ha infatti previsto l'adozione di un codice utile ad assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, è fonte di responsabilità disciplinare ma, molto spesso, tali comportamenti costituiscono fattispecie sanzionabili anche dal punto di vista civilistico, amministrativo e penale.

Le previsioni del D.p.r. 62/2013, come noto, sono poi state integrate e specificate, nel settore sanitario dalla linea guida approvate dall' ANAC con Delibera n. 358 il 29 marzo 2017 di intesa con il Ministero della salute e l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (c.d. AGENAS).

Esse se da un lato, invitano gli enti del SSN ad approfondire alcuni aspetti delicati, in particolare, condotte da tenere rispetto ad alcuni processi a rischio elencati **nella determinazione n. 12/15 dell'ANAC**, per cui *"specifici"* del settore sanitario, quali, *l'attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, rapporti con gli informatori farmaceutici, attività libero professionali e quindi, l'intramoenia e il problema delle liste d'attesa, farmaceutica, ricerca e sperimentazione, incarichi e nomine*, dall' altro, ha posto l'accento sulla importanza, di monitorare meglio i rapporti tra medici ed informatori farmaceutici e sulla necessità, in relazione all'attività assistenziale, di predisporre *"questionari"* per la rilevazione della qualità della prestazione ricevuta dal paziente, tradotto in diverse lingue, ma rilasciato a fine degenza in modalità anonima.

Tale approccio, in un settore così delicato, conferma l'aggancio necessario tra la sezione rischi corruttivi e il codice di comportamento e soprattutto la necessità che ciascun codice adottato individui dettagliate regole di condotta non solo rispetto a quei processi rientranti nelle c.d. aree a rischio generali, ma soprattutto rispetto a quelli che più di tutti gli altri caratterizzano enti sanitari e che ritroviamo in parte declinati nella determinazione ANAC n. 12/2015.

Successivamente, in attuazione di quanto previsto dal decreto legge cosiddetto 'Pnrr 2' (d.l. n. 36/2022) è stato dato il via al regolamento recante le modifiche al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici; in particolare, alle modifiche apportate dall' art 4 all' art 54 del d.lgs. n. 165/'01 si deve l'introduzione, nell'ambito del codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di misure in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione dei *social media*. *Ma il processo di riforma del Codice di Comportamento si è concluso, dopo 2 pareri del Consiglio di Stato, n. 93 del 19 gennaio 2023 e n. 584 del 14 aprile 2023, con l'approvazione del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 recante: Regolamento concernente modifiche al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, entrato in vigore il 14 luglio 2023.*

Sono stati introdotti solo 2 articoli (art 11 bis e ter) e sono state modificate le norme relative ai

rapporti con il pubblico, al ruolo e alla funzione dei dirigenti, oltre alla introduzione di un nuovo obbligo formativo per i neo assunti nelle PA afferente all'etica pubblica e al comportamento etico, (artt. 12, 13, 15, 17).

L'Azienda Ospedaliera ha provveduto ad aggiornare il codice di comportamento al DPR n. 82 del 13 giugno 2023 ed è consultabile al seguente link : https://ospedale.caserta.it/delibere/2023/Deliberazione%20del%20Direttore%20Generale_916_2023.pdf

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: adozione di direttiva di sensibilizzazione sul nuovo codice e sulle novità del DPR n. 81/23 e attivazione di percorsi formativi sull'etica pubblica e comportamento etico

2027: ricognizione della modulistica in uso presso l'Azienda e formazione di tutto il personale

2028: avvio di un *monitoraggio sui comportamenti dei dipendenti da parte dei Dirigenti e comunicazione in seno al Report annuale.*

M02) Conflitto di interessi – misura di prevenzione e obiettivo strategico

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria

L'articolo 1, comma 9, lett. e) della legge n. 190/2012 e l'art 6 bis della l. n. 241/90 prevedono l'obbligo di monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

L'art. 6-bis in particolare reca un generale obbligo di astensione del dipendente pubblico, nell'ambito del procedimento amministrativo, al ricorrere di una situazione di conflitto di interessi che possa interessarlo. Dunque, l'art. 6-bis della l. n. 241 del 1990 rappresenta una norma di ampia portata, che può essere considerata a tutti gli effetti come un punto di riferimento del sistema di prevenzione dei conflitti di interessi

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost.

A tal fine, occorre monitorare le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'articolo 6 del D.P.R. n. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" nonché quelle in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza" secondo quanto previsto dal successivo articolo 7 del medesimo decreto.

A tale quadro normativo occorre aggiungere da un lato, la Delibera ANAC n. 63/23 e dall' altro, l'art 16 del codice appalti approvato con d.lgs. n. 36 del 31 marzo 2023.

Visto e considerato l'importanza della precitata delibera adottata dall' ANAC nel 2023, l' Azienda ha stabilito come obiettivo strategico per l' anno in corso “ *Sensibilizzazione al rispetto della normativa in materia di conflitto di interessi tramite adozione di direttiva ad hoc e monitoraggio della misura in ossequio alla Delibera Anac n. 63/2023*”.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: verifica dell'inserimento della clausola di stile sul conflitto di interessi di cui all' art 6 bis, l.n. 241/'90 all' interno di almeno 5 determine adottate dall' area amministrativa o tecnica e di 5 delibere nel I e II semestre tramite estrazione casuale.

2027: conferma della misura e verifica dell'inserimento della clausola di stile sul conflitto di interessi di cui all' art 6 bis, l.n. 241/'90 all' interno di almeno 7 determine e 7 delibere adottate dall' area amministrativa o tecnica nel I e II semestre tramite estrazione casuale.

2028: conferma della misura e verifica dell'inserimento della clausola di stile sul conflitto di interessi di cui all' art 6 bis, l.n. 241/'90 all' interno di almeno 10 determine e 10 delibere adottate dall' area amministrativa o tecnica nel I e II semestre tramite estrazione casuale.

M03) Inconferibilità / incompatibilità degli incarichi dirigenziali o di vertice amministrativi

La delega contenuta all'art. 1, comma 50, della l. n. 190/12, e la disciplina attuativa dettata dal d.lgs. n. 39/13, limitano l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità nel settore sanitario alle sole figure del Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo.

Nel 2014, il Consiglio di Stato ha chiarito con sentenza n. 5583 del 12 novembre 2014 che esiste una disciplina specifica per il settore sanitario, confermata dall' ANAC nella Delibera n. 1146 del 25 settembre 2019, in cui è la stessa autorità a ribadire l'esclusione dell'applicazione del d.lgs. n. 39/13 per gli altri dirigenti sanitari medici e non medici.

Sono, invece sottoposti, precisa ANAC sempre nella precitata delibera, alle regole ordinarie previste dal d.lgs. n. 39/13, alla pari di qualunque altro dirigente della pubblica amministrazione, i dirigenti amministrativi e i tecnici, perché rientranti nella definizione di “incarichi dirigenziali interni ed esterni”.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di direttiva sul d.lgs. n. 39/13 ai fini dell'attuazione concreta della misura e adozione di nuova modulistica in considerazione delle modifiche normative che hanno interessato il precitato decreto.

2027: compilazione e acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità da parte dei Direttori UU.OO.CC dell'area amministrativa e tecnica e avvio di un sistema di verifica delle dichiarazioni di inconferibilità acquisite, tramite sorteggio, **su almeno 2 dichiarazioni acquisite**

2028: conferma della misura e acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità da parte dei Direttori UU.OO.SS. dell'area amministrativa e tecnica e verifica delle dichiarazioni di inconferibilità acquisite, tramite sorteggio, **su almeno 2 dichiarazioni acquisite**

M04) Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali

L'art 53 del d.lgs. n. 165/01 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non ricompresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni. In via generale, i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine o professionalità o esercitare attività imprenditoriali.

Su tale disciplina delle incompatibilità si è innestata in tempi più recenti la legge 6 novembre 2012 n. 190 (c.d. legge anticorruzione) che ha inteso valorizzare, tra l'altro, il conflitto di interesse, reale o potenziale tra attività istituzionale del pubblico dipendente e suoi eventuali incarichi extralavorativi

Il richiamato art. 53, d.lgs. n. 165 del 2001, nella versione modificata dalla legge anticorruzione n. 190 del 2012, accanto alla disciplina delle incompatibilità "assolute" con lo status di pubblico dipendente, regola anche le attività non già vietate, ma sottoposte ad un regime autorizzatorio, nonché le attività "liberalizzate", ovvero espletabili da qualsiasi pubblico dipendente senza necessità di autorizzazione datoriale, né di alcun nulla-osta o benestare.

La ratio di tale divieto, va rinvenuta nel principio costituzionale di esclusività della prestazione lavorativa a favore del datore pubblico, dal momento che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può dar luogo a situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per queste ragioni la L. n. 190/2012 ha modificato anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici di cui all'art. 53 del D.lgs. n. 165/200.

L'articolo 53, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001 prevede che *"...con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto*

con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2".

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

Per tali attività è sufficiente la preventiva comunicazione del dipendente interessato al dirigente/responsabile, almeno dieci giorni prima dell'inizio dell'attività, ai fini della valutazione circa il possibile conflitto di interessi, oltre che di possibili problemi organizzativi, la nomina e la durata dell'incarico specificando la natura dell'attività e del soggetto in favore del quale viene prestata, il periodo e l'impegno orario richiesto per l'assolvimento dell'incarico o delle attività di cui trattasi.

Gli incarichi di cui sopra non necessitano di comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica in quanto liberalizzati e, quindi, non assoggettati ad autorizzazione, ma in una logica di accessibilità a dati, documenti e informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, possono essere pubblicati in Amministrazione Trasparente, sotto sezioni dati ulteriori, nel rispetto dei limiti indicati dall'articolo 5-bis previa anonimizzazione o oscuramento dei dati personali eventualmente presenti.

L' Azienda Ospedaliera ha provveduto a dotarsi di un Regolamento, per il rilascio dell' autorizzazione a svolgere attività ed incarichi extraistituzionali destinato ad essere aggiornato nel 2026 e disponibile al seguente link: <https://ospedale.caserta.it/regolamenticentri.htm#Regolamenti>, dal momento che reca una disciplina in parte derogatoria della disciplina generale di cui all' art 53 del d.lgs. n. 165/'01 destinata a trovare applicazione sino al 31 dicembre 2025.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di un nuovo Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento di attività ed incarichi extra- istituzionali

2027: Avvio di un sistema di verifica degli incarichi autorizzati e verifica su almeno due autorizzazioni rilasciate dagli uffici, attraverso la banca dati detenuta dall'ufficio personale, secondo la disciplina indicata dalla Corte dei Conti.

2028: conferma della misura e verifica a campione su almeno tre autorizzazioni

M05) Il Whistleblowing

Con il **Decreto Legislativo del 10 marzo 2023, n. 24** (di seguito il "Decreto"), **l'Italia ha finalmente recepito la Direttiva (UE) 2019/1937** del Parlamento europeo e del Consiglio **in tema di protezione delle persone che segnalano violazioni del Diritto dell'Unione e violazioni delle disposizioni normative nazionali**.

La nuova disciplina è orientata, da un lato, a garantire la manifestazione della libertà di espressione e di informazione, che comprende il diritto di ricevere e di comunicare informazioni, nonché la libertà e il pluralismo dei media. Dall'altro, è strumento per contrastare (e prevenire) la corruzione e la cattiva amministrazione nel settore pubblico e privato.

Pertanto, garantire la protezione – sia in termini di tutela della riservatezza che di tutela da ritorsioni – dei soggetti che si espongono con segnalazioni, denunce o, come si vedrà, con il nuovo istituto della divulgazione pubblica, contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per la stessa amministrazione o ente di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Tale protezione viene, ora, ulteriormente rafforzata ed estesa a soggetti diversi da chi segnala, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a conferma dell'intenzione, del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l'istituto in questione un importante presidio per la legalità e il buon andamento delle amministrazioni/enti.

Il D.lgs. 24/2023 ha imposto una rilettura della disciplina, affidando allo strumento della segnalazione una primaria rilevanza nella prevenzione delle violazioni normative e assicurando ai segnalanti una più penetrante tutela.

E' mutato, infatti, non solo l'ambito soggettivo delle segnalazioni e quindi i soggetti tutelati dalla nuova normativa, ma anche l'ambito oggettivo, corrispondente a cosa può oggi essere oggetto di segnalazione, (si rinvia all' art 1 e 3 del d.lgs. n. 24 /2023).

Il legislatore ha disposto poi, che debbano essere approntati all'interno degli enti cui si applica la normativa appositi "canali interni" per ricevere e trattare le segnalazioni. Il ricorso a questi canali viene incoraggiato, in quanto più prossimi all'origine delle questioni oggetto della segnalazione. La preferenza accordata ai canali interni si evince anche dal fatto che, solo ove si verifichino particolari condizioni specificamente previste dal legislatore, allora i segnalanti possono fare ricorso al "canale esterno" attivato presso ANAC o il ricorso alla divulgazione pubblica, fermo restando che è sempre ammesso il ricorso all' Autorità giudiziaria.

Cambiano anche le modalità per effettuare la segnalazione:

- **in forma scritta**, cartacea o digitale (tramite piattaforma online)

- **in forma orale**, alternativamente, attraverso linee telefoniche, con sistemi di messaggistica vocale, ovvero, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto fissato entro un termine ragionevole.

In base all'art 4 c. 5 del d.lgs. n. 24/23, destinatario delle segnalazioni è il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Le principali novità contenute nella nuova disciplina sono:

- la specificazione dell'ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico, a quelli di diritto privato e l'estensione del novero di questi ultimi;
- l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- l'espansione dell'ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione, nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è;
- la disciplina di **tre canali di segnalazione** e delle condizioni per accedervi: **interno, esterno** (gestito da ANAC) nonché **il canale della divulgazione pubblica**;
- l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;
- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- i chiarimenti su che cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;
- la disciplina sulla protezione delle persone segnalanti o che comunicano misure ritorsive offerta sia da ANAC che dall'autorità giudiziaria e maggiori indicazioni sulla responsabilità del segnalante e sulle scriminanti;
- l'introduzione di apposite misure di sostegno per le persone segnalanti e il coinvolgimento, a tal fine, di enti del Terzo settore che abbiano competenze adeguate e che prestino la loro attività a titolo gratuito;
- la revisione della disciplina delle sanzioni applicabili da ANAC .

Dal 15 luglio è entrato in vigore sia *il Regolamento per la gestione delle segnalazioni esterne e per l'esercizio del potere sanzionatorio da parte dell'ANAC che le Linee guida* recentemente sostituite dall'Autorità con le *nuove Linee guida* recanti modifiche ed integrazioni della Delibera n. 311 del 12 luglio 2023, riguardanti nello specifico la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne approvate con delibera n. 479 del 26 novembre 2025

L' Azienda Ospedaliera ha aderito alla piattaforma gratuita denominata WhistleblowingPA visibile al seguente link : <https://ospedale.caserta.it/whistleblowing.htm>

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di un modulo cartaceo per le segnalazioni come previsto dalla nuova disciplina e dalla linea guida ANAC e Adozione di direttiva per far conoscere le novità della linea guida n. 479 del 26 novembre 2025

2027: Sensibilizzazione del personale all' uso della piattaforma whistleblowingPA e attivazione di percorsi formativi sulla nuova linea guida

2028: Adozione di un Regolamento

M06) Il Patto di Integrità

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della l. 190/2012, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse.

A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzate ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale – nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto – che sotto il profilo del contenuto – nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento dell'aggiudicazione del contratto.

Tuttavia, se da un lato, risulta scontato che la violazione degli obblighi assunti con la sottoscrizione del patto di integrità comporta l'esclusione dalla gara e che tale esclusione è compatibile con il principio di tassatività delle clausole di esclusione essendo prevista in una disposizione di legge vigente (l'art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012), altrettanto non si può chiaramente affermare rispetto ai protocolli di legalità, che sono per natura facoltativi e rispetto ai quali i riferimenti normativi, a

cominciare dalla stessa Legge n. 190/2012 che li richiama, nulla dicono in ordine al suo contenuto e alle regole che esso deve contenere, figuriamoci sul rigoroso rispetto del principio di tassatività delle clausole di esclusione.

In diverse occasioni, l'Autorità ha voluto chiarire che con la sottoscrizione di protocolli non si assiste alla introduzione di una causa automatica di esclusione, invece, rispetto al patto di integrità, è riconosciuta una sorta di sovrapposizione tra la causa di esclusione per la violazione del Patto in sé e le cause di esclusione del Codice dei contratti pubblici, dal momento che le clausole in esso contenute sono idonee a rafforzare gli oneri informativi già gravanti sui concorrenti in virtù di disposizioni di legge vigenti.

Per tali motivi, nonostante ad esempio il nuovo codice appalti non menzioni il patto di integrità, rimane una misura di prevenzione in base alla l. n. 190/12 ed è per questo che va in ogni caso attuata e il patto va allegato agli atti di gara e deve essere sottoscritto dai concorrenti e per l'aggiudicatario mantiene la sua validità per 3 anni.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di un nuovo patto di integrità

2027: Applicazione del nuovo patto a tutte le procedure di gara

2028: avvio di un sistema di monitoraggio per verificare il rispetto della misura tramite richiesta di un report all'ufficio appalti sul numero dei patti sottoscritti da coloro che sono risultati aggiudicatari di gare nel I e nel II semestre.

M07) La formazione

La Legge n. 190/2012 assegna alla formazione un importante ruolo di prevenzione della corruzione quale strumento di diffusione della cultura della legalità.

In quest'ottica l'Azienda intende assicurare specifiche attività formative, con cadenza annuale nel triennio di riferimento della presente sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2026- 2028, a tutto il personale che lavora in aree a rischio corruzione.

Obiettivo degli interventi formativi sarà quello di far conseguire al personale dipendente una piena conoscenza dei contenuti, finalità e adempimenti soprattutto in materia di anticorruzione, trasparenza, alla luce delle novità normative e giurisprudenziali che hanno riguardato alcune delle misure di prevenzione della corruzione più importanti: quali, il whistleblowing, il codice di comportamento, il conflitto di interessi, l'accesso civico generalizzato....

La formazione del personale, sia in presenza che da remoto, sarà integrata con gli obblighi imposti dalla Direttiva n.1/2025 del Ministro Zangrillo in materia di formazione obbligatoria

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: anche per l'anno in corso, l'Azienda cercherà di dare attuazione alla **Direttiva del Ministro Zangrillo n. 1/2025** sulla formazione del personale dipendente e sul quorum minimo oggi di **40 ore annue di formazione**, pari ad 1 settimana di formazione all'anno cui ha diritto ciascun dipendente. Nella specifica materia dell'anticorruzione, punterà alla formazione dell'area amministrativa con 3 edizioni di corso teorico- pratico (in linea con le indicazioni contenute nel PNA 2019 a pag. 62), 1 edizione di corso su trasparenza / cybersicurezza, NIS2 e 2 edizioni di corso sul codice di comportamento, etica pubblica e comportamento etico

2027: la formazione riguarderà l'area sanitaria, Direttori di Dipartimento e di UU.OO.CC e relativo personale con 3 edizioni di corso teorico- pratico (in linea con le indicazioni contenute nel PNA 2019 a pag. 62), 1 edizione di corso su trasparenza / cybersicurezza, NIS2 e 2 edizioni di corso sul codice di comportamento, etica pubblica e comportamento etico

2028: la formazione riguarderà tutto il personale dipendente che opera nelle 4 aree a rischio corruzione di cui all' art 1 c. 16, l. n. 190/12 e il personale delle UU.OO.CC area sanitaria, UU.OO.SS e a valenza dipartimentale. Con 4 edizioni di corso sulle novità normative e sugli atti dell'ANAC, sui regolamenti di vigilanza e sull' attuazione delle misure e la tracciabilità degli adempimenti all' interno dell'ente.

M08) Il Divieto di pantouflage

L'istituto è stato inserito per la prima volta nel nostro sistema giuridico con la legge 190/2012 e la norma di riferimento è l'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 la quale ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il c. 16-ter il quale dispone *"il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri."*

Costituisce, pertanto, una delle misure più importanti adottate dal legislatore al fine di prevenire fenomeni corruttivi e di garantire il buon andamento e l'imparzialità della pubblica amministrazione: specularmente alle regole che dettano divieti temporanei di accesso alle cariche pubbliche (inconferibilità) e quelli di cumulo di più cariche (incompatibilità), essa disciplina l'uscita del dipendente dalla sfera pubblica.

L'ANAC ha di recente adottato la nuova linea guida approvata il 25 settembre 2024 n. 493 e il nuovo Regolamento di vigilanza ,lo stesso giorno n. 493 bis integrato con le modifiche introdotte con la **Delibera n. 329 del 30 luglio 2025**, dimostrando un cambio di rotta rispetto al passato su alcune questioni spinose come ad esempio l' individuazione dei soggetti che esercitano poteri autoritativi o

negoziali e di riflesso sono i destinatari del divieto, sulla tipologia di provvedimenti espressione di tali poteri, sulle conseguenze relative alla violazione del divieto e sul c.d. periodo di raffreddamento. **Per tali motivi, l'Azienda Ospedaliera provvederà a recepire già nella presente sezione tutte le novità sulla misura in commento.**

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: aggiornamento della modulistica e predisposizione di una nota ad hoc per far conoscere le novità della linea guida ai soggetti destinatari del divieto

2027: attivazione di un sistema di verifica sulle dichiarazioni eventualmente acquisite dall'ufficio personale, andando a verificare sul numero di dichiarazioni acquisite almeno 2 dichiarazioni

2028: conferma della misura e verifica almeno su 3 dichiarazioni eventualmente acquisite.

M09) La Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

Tra le misure di prevenzione della corruzione che devono trovare concreta applicazione nelle aziende sanitarie e negli altri enti assimilati del SSN, al fine di garantire un'efficace lotta alla corruzione, vi è la **rotazione del personale**.

Nell'ambito del PNA 2016, l'ANAC l'aveva definita come *"misura organizzativa di carattere preventivo finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione"*.

In generale, però, alla rotazione va riconosciuta la sua duplice natura di *misura di prevenzione della corruzione* e, al tempo stesso, di *criterio organizzativo*, in grado di contribuire a migliorare le professionalità che operano all'interno di ciascuna struttura, soprattutto se supportata da percorsi formativi. La formazione, infatti, rappresenta una misura fondamentale per acquisire le competenze professionali e trasversali e garantire una continuità dell'azione amministrativa.

La rotazione deve coinvolgere sia il personale destinatario di incarichi dirigenziali sia quello non dirigenziale e va impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione sanitaria senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Nonostante tali considerazioni, e fuori dubbio che, in sanità, l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione risulta di difficile applicazione, ma non per questo ne va esclusa l'attuazione, nonostante le peculiarità del settore.

Nel corso del 2026 l'Azienda ha deciso di ricorrere alla misura della c.d. segregazione delle funzioni.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: in senso innovativo rispetto al passato, al fine di fare segregazione, la determina/ delibera dovranno recare che l'istruttoria è stata effettuata dall' istruttore di riferimento, il quale attesterà l'assenza di conflitto di interesse, unitamente al funzionario estensore e al direttore di Dipartimento o UU.OO.CC che attesteranno l'assenza del conflitto di interessi. La presente attestazione dovrà essere effettuata dal Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario nei loro atti.

2027: conferma della misura con avvio dei controlli a campione sulle delibere del Direttore Generale nella misura 5% su base semestrale.

2028: conferma della misura con avvio dei controlli a campione sulle determinazioni dirigenziali nella misura 5% su base semestrale.

M10) Verifica sui dati inseriti dal RASA su AUSA

Con comunicato del 28/12/2017 l'ANAC ha pubblicato le indicazioni operative per la comunicazione del soggetto **Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)** incaricato della compilazione e aggiornamento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

Il RASA è incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA – istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221) e della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Inoltre, l'aggiornamento 2024 al PNA 2022 ha inteso l'individuazione del RASA come una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'individuazione del RASA è una **misura organizzativa obbligatoria di trasparenza** in funzione della prevenzione della corruzione, così come precisato.

Ogni stazione appaltante è tenuta, quindi, con apposito provvedimento contestuale, a nominare il soggetto responsabile (RASA) incaricato della verifica e compilazione e del successivo aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante nell'Anagrafe.

Nell' Azienda Ospedaliera di S. Anna e S. Sebastiano, il ruolo di RASA è ricoperto dalla Dott.ssa Teresa Capobianco e nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 777 del 02/11/2021.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026 – 2027- 2028: verifica periodica dei dati inseriti su AUSA **da parte dell'RPCT**

Monitoraggio misure anticorruzione

Il sesto elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione concerne "il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure".

In senso innovativo rispetto al passato, verrà avviato a partire dall'anno 2026 un controllo a campione sull'attuazione delle Misure di prevenzione della corruzione e trasparenza al fine di consentire un miglioramento in corso di anno della qualità del sistema di prevenzione della corruzione.

Il presente articolo si coordina con la Sezione Monitoraggio del Piao 2026 – 2028 dell'Azienda Ospedaliera.

Azioni da intraprendere nel triennio

Anno 2026: Attività di verifica a cura del RPCT ed a campione una volta all'anno entro il 30.11.2026 con redazione di verbale da pubblicarsi in AT sull'attuazione delle Misure anticorruzione

Anno 2027: Attività di verifica a cura del RPCT ed a campione una volta all'anno entro il 30.11.2026 con redazione di verbale da pubblicarsi in AT sull'attuazione delle Misure anticorruzione

Anno 2028: Attività di verifica a cura del RPCT ed a campione una volta all'anno entro il 30.11.2028 con redazione di verbale da pubblicarsi in AT sull'attuazione delle Misure anticorruzione

Sezione Trasparenza

Per quanto riguarda, infine, la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato come **settimo elemento** della presente sezione, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013, occorre soffermarsi sul fatto che la disciplina sulla trasparenza la si ritrova oggi, non solo nel d.lgs. n. 33/13 e nelle delibere ANAC nn. 1309 e 1310 del 2016. Tale quadro normativo è stato poi arricchito dalla disciplina privacy (GDPR n. 679/16 e d.lgs. n. 101/18 di modifica del nostro codice privacy), che ha determinato un inevitabile intreccio tra la disciplina prevista in materia di trasparenza e la nuova disciplina privacy, anche in considerazione del fatto che permangono in vigore le linee guida del Garante della privacy del 2014 relative agli obblighi di pubblicazione per finalità di trasparenza.

L'ANAC, poi, nel PNA 2022- 2024, ha provveduto ad arricchire questo quadro normativo reintroducendo con l'**allegato 2) al precitato PNA il c.d. contenuto necessario della sezione trasparenza all'interno della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO rappresentato dalla griglia recante gli obblighi di pubblicazioni; per tali motivi si rinvia alla griglia denominata allegato 3) alla presente sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027, in cui sono stati organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/ l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, attraverso l'individuazione del responsabile per la pubblicazione, indicando i termini di scadenza delle pubblicazioni , disponibile al seguente link :**

<https://ospedale.caserta.it/amministrazionetrasparenza/amministrazionetrasparente.htm>

Successivamente, con l'entrata in vigore del nuovo Codice degli appalti approvato con d.lgs. n. 36/23, la cui integrale applicazione è avvenuta dal 1 gennaio 2024, la disciplina relativa alla trasparenza e quindi agli obblighi di pubblicazione si è arricchita di nuovi contenuti grazie anche agli atti interpretativi dell'ANAC, ovvero, le Delibere adottate dall'ANAC n. 261 e 264 del 20 giugno 2023 ; quest'ultima, in particolare modificata dalla Delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, chiarisce con il suo Allegato 1) , nella materia dei contratti pubblici, quali sono i dati oggetto solo di pubblicazione obbligatoria in Amministrazione Trasparente , rispetto ai quali non vi è obbligo di comunicazione alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici detenuti dall'Autorità.

Non è un caso se, come obiettivo strategico in materia di trasparenza per l'anno 2026 l'Azienda ha scelto *"la verifica straordinaria in corso d'anno in Amministrazione Trasparente, in particolare nella sottosezione Bandi di Gara e Contratti al fine di monitorare la corretta attuazione della novella legislativa introdotta con l'art. 28 del D. Lgs 36/2023"*

Completano il quadro normativo la Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 recentemente modificata dalla Delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025, con cui l'Autorità ha approvato nuovi schemi di pubblicazione a cui tutte le pubbliche amministrazioni compresi gli enti appartenenti al SSN sono tenuti ad adeguarsi e il comunicato ANAC del 30 gennaio 2025 con cui sempre l'Autorità invita gli enti ad inserire nella griglia relativa agli obblighi di pubblicazione e , precisamente nella sottosezione " bandi di gara e contratti" una sezione dedicata alle varianti in corso d'opera negli appalti sopra soglia.

Infine si inseriscono, in via del tutto innovativa rispetto al passato, dei controlli aggiuntivi a cura dell'RPCT (in linea con le previsioni contenute nel PNA 2018) sulle sotto sezioni di cui si compone la sezione Amministrazione Trasparente in modo da garantire una concreta attuazione di tutte le novità che hanno interessato una misura così trasversale come la trasparenza.

Azioni da intraprendere nel triennio:

2026: verifica delle 3 sotto sezioni oggetto di modifica dall'ANAC con la Delibera n. 495/24 modificata dalla Delibera ANAC n. 481/25 e pubblicazione del verbale in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione.

2027: verifica di 5 sotto sezioni dell'Amministrazione Trasparente e pubblicazione del verbale in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione

2028: verifica di 7 sotto sezioni dell'Amministrazione Trasparente e pubblicazione del verbale in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione

Le misure per garantire l'accesso civico generalizzato

Con deliberazione del Direttore Generale n. 196 del 15/02/2024, l'Azienda Ospedaliera ha approvato il Regolamento per l'accesso civico semplice e generalizzato, che per l'anno 2026 sarà aggiornato all'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 10/2020 insieme alla relativa modulistica. oltre a dotarsi di un **Registro degli accessi telematico** in modo da poter monitorare pure le istanze di accesso civico pervenute e i relativi esiti, di cui poi l'RPCT darà contezza non solo nel verbale di monitoraggio, ma anche nella relazione annuale.

L'attività di monitoraggio svolta dell'RPCT personalmente e soprattutto tramite richiesta agli uffici di report semestrali per verificare il numero di istanze presentate e i relativi esiti è un'attività si conferma per tutto il triennio di riferimento della presente sezione.

Qualità del documento da pubblicare

Il documento deve essere in formato aperto, aggiornato e facilmente consultabile, nel pieno rispetto di quanto contenuto agli art. 6 e 7 del Dlgs 33/2013 e CAD.

Privacy e riservatezza

Il popolamento della sezione Amministrazione trasparente avviene nel rispetto del provvedimento del garante per la protezione dei dati personali n. 243/2014 recante "*Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici ed altri enti obbligati*", nonché nel rispetto della riservatezza e delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio.

A tal riguardo, l'Azienda Ospedaliera, quale titolare del trattamento si avvale del supporto consultivo del proprio Data Protection Officer (D.P.O.) nella persona della Dott.ssa Luigia Infante, nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 07/10/2025.

ENTRATA IN VIGORE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 2026 - 2028

La sezione entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione in Amministrazione Trasparente sotto sezione altri contenuti/ corruzione e si ha per conosciuto da parte dei dipendenti e di tutti coloro che hanno rapporti diretti e/o indiretti con l'Azienda Ospedaliera.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le tipologie di incarichi istituiti sono:

- Incarico di organizzazione
- Incarico professionale.

Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane

ANALISI FATTORI QUALITATIVI/QUANTITATIVI - al 31/12/2025	
Età media del personale	48,41
Età media dei dirigenti	48,32
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO - dal 01/01/2025 al 31/12/2025	
% tasso di dimissioni premature	1,40%
% tasso di richieste di trasferimento	0,52%
% personale neoassunto a tempo indeterminato	14,00%
INDICATORI - ANNO 2025	
% di dirigenti donne al 31/12/2025	49,49%
% di donne rispetto al totale del personale al 31/12/2025	56,76%
Stipendio medio percepito dal personale dirigente al 31/12/2025	3.727,51
Stipendio medio percepito dal personale donna dirigente al 31/12/2025	3.725,45
Stipendio medio percepito dal personale non dirigente al 31/12/2025	1.964,28
Stipendio medio percepito dal personale donna non dirigente al 31/12/2025	1.901,17
% di personale donna assunto a tempo indeterminato dal 01/01/2025 al 31/12/2025	98,24%
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile dal 01/01/2025 al 31/12/2025	79,42%

Attività del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

L'attività del Comitato Unico di Garanzia (CUG) si colloca nell'ambito delle politiche aziendali volte alla promozione del benessere organizzativo, delle pari opportunità e della valorizzazione delle risorse umane, in coerenza con gli obiettivi di valore pubblico e con i principi di efficacia, efficienza

ed equità dell'azione amministrativa. Il miglioramento della qualità dell'ambiente di lavoro rappresenta un fattore strategico per l'innalzamento della qualità e della sicurezza dei servizi sanitari erogati.

Nel periodo di riferimento, il CUG ha individuato la necessità di programmare interventi strutturali e organizzativi finalizzati alla riduzione dei fattori di stress lavoro-correlato, al miglioramento del comfort ambientale e della qualità percettiva degli spazi di lavoro. In tale ambito si collocano iniziative di valorizzazione estetica degli ambienti, anche attraverso l'integrazione dell'arte nei luoghi di cura, quale strumento di supporto al benessere psicofisico degli operatori e dell'utenza.

Il CUG promuove lo sviluppo di una cultura organizzativa inclusiva e orientata all'equità, anche mediante la collaborazione con il Progetto Equità, favorendo l'attivazione di percorsi strutturati di formazione e informazione rivolti al personale. Tali percorsi sono finalizzati al rafforzamento delle competenze relazionali e comunicative, con particolare riferimento alla comunicazione assertiva, nonché alla promozione del benessere psicofisico attraverso iniziative di gestione dello stress e tecniche di rilassamento, incluse attività di Reiki, intese come strumenti di supporto alla prevenzione del disagio lavorativo.

In attuazione della Deliberazione del Direttore Generale n. 347 del 30/12/2025, recante l'adozione del Regolamento aziendale per la mobilità interna del personale del comparto – ruolo sanitario, il CUG è coinvolto nelle attività di accertamento delle circostanze in caso di accertata incompatibilità ambientale, con riferimento a:

- criticità insanabili di natura relazionale;
- pattern di assenze tali da determinare criticità nella programmazione dei turni e/o nell'organizzazione delle attività lavorative;
- violazioni di carattere disciplinare ai sensi dell'art. 84, commi 4, 5, 6, 7 e 8, del CCNL 2019–2021 – Comparto Sanità.

Al fine di garantire continuità operativa e rafforzare la capacità progettuale del Comitato, nel periodo di programmazione per l'anno 2026 è previsto, tra l'altro, il rinnovo della composizione del CUG, mediante l'inserimento di nuove professionalità in sostituzione del personale cessato dal

servizio e/o trasferito in altra azienda. Tale azione è funzionale ad assicurare il pieno presidio delle funzioni assegnate e la continuità delle iniziative previste.

Nel complesso, le attività del CUG contribuiranno, sempre più, al perseguimento degli obiettivi del PIAO attraverso interventi integrati di natura organizzativa, formativa e relazionale, orientati al miglioramento del clima lavorativo, alla prevenzione del disagio organizzativo, alla valorizzazione del capitale umano e al rafforzamento della qualità e dell'equità dei servizi sanitari.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

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

In ambito sanitario, la materia del lavoro agile è disciplinata dal C.C.N.L. relativo al personale Comparto Sanità triennio 2022-2024, sottoscritto in data 27.10.2025, e nelle disposizioni comuni Del C.C.N.L. Funzioni Locali (art.11 e 12) in cui rientra la Dirigenza PTA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Accordo individuale

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

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

Tale accordo conterrà i seguenti elementi essenziali:

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

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

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

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

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

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne 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 il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

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

Lavoro da remoto

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

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

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

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

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

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

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

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'A.O., ha elaborato il Piano 2024-2026, che è stato definitivamente approvato dalla Regione Campania con della DGRC 271 del 21/05/2025, seguita dalla deliberazione del Direttore Generale n. 600 del 30.05.2025, quale presa d'atto della stessa deliberazione di G.R. della Campania, che riporta nel prospetto che segue gli elementi fondamentali:

Tabella A - PTFP 2024-2026 secondo le indicazioni della DGRC n. 190/2023 e limite di spesa L. 191/09 e smi e DGRC 103/2025

AA.OO./AA.OO.UU./IRCCS	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 SSN	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 ISTRUZIONE E RICERCA (solo per AA.OO.UU.)	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2024/2026	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2024	PTFP 2025	PTFP 2026
RUOLO SANITARIO	1.329	-	1.797	468	302	110	179	13
Dirigenti Medici	388		510	122	117	57	58	2
Dirigenti Sanitari non medici	29		55	26	11	3	6	2
di cui dirigenti professioni sanitarie	1				2	1	-	1
di cui farmacisti	7				3	1	2	
di cui altri sanitari non medici	21				6	1	4	1
Personale del comparto area sanitaria	912	-	1.232	320	174	50	115	9
di cui infermieri	768		880	112	112	32	72	8
di cui ostetriche	23		27	4	4	4		
di cui tecnici sanitari	95		288	193	47	10	37	-
di cui altro comparto sanitario	26		37	11	11	4	6	1
RUOLO SOCIO SANITARIO	218	-	284	66	66	41	25	-
Personale del comparto area socio-sanitaria	218	-	284	66	66	41	25	-
di cui OSS	216		280	64	64	40	24	-
di cui assistenti sociali	2		4	2	2	1	1	-
RUOLO TECNICO	65	-	103	38	27	22	4	1
Dirigenti	2		10	8	1	-	-	1
Personale del comparto area tecnica	63		93	30	26	22	4	
RUOLO PROFESSIONALE	12	-	18	6	5	3	2	-
Dirigenti	5		10	5	4	2	2	
Personale del comparto area professionale	7		8	1	1	1	-	
RUOLO AMMINISTRATIVO	102	-	228	126	42	14	23	5
Dirigenti	10		34	24	5	1	3	1
Personale del comparto area amministrativo	92		194	102	37	13	20	4
TOTALE	1.726	-	2.430	704	442	190	233	19

Con l'adozione del piano triennale dei fabbisogni del personale per il triennio 2024-2026, l'Azienda programma il proprio fabbisogno in modo da coniugare l'esigenza di garantire la regolare erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) consolidando l'idea di sistema sanitario pubblico universalistico con gli obiettivi di equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale e con i vincoli di finanza pubblica vigenti.

La rappresentazione economica del PTFP rispetta gli obiettivi di spesa del personale concordati con la Regione Campania e orientati al rispetto, a livello regionale, del limite di spesa (articolo 2 comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191) corrispondente al valore della spesa sostenuta nel 2004 ridotta del 1,4%, tenuto conto delle variazioni organizzative del SSR e degli eventuali incrementi annuali del FSR stabiliti a livello regionale unitamente al 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 e con gli indirizzi regionali (DGRC 190/2023 e DGRC 148/2024) che costituiscono la cornice normativa di riferimento per le politiche di gestione delle risorse umane.

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

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

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

3.3.1 Piano Aziendale di Formazione

L'AORN ha predisposto il Piano Aziendale di Formazione per l'anno 2026, allegato al presente PIAO, quale strumento di pianificazione, programmazione e monitoraggio delle attività formative. Il Piano è finalizzato allo sviluppo e al consolidamento delle conoscenze, delle competenze tecnico-professionali e delle capacità comunicative e relazionali del personale, nonché al supporto dell'assolvimento dell'obbligo di acquisizione dei crediti formativi ECM per il personale interessato.

Il Piano formativo è riportato nell'apposito allegato al presente documento ed è corredato degli elementi di dettaglio necessari alla piena comprensione dei singoli eventi formativi programmati.

In conformità al vigente Regolamento aziendale in materia di formazione e alle disposizioni dei CC.CC.NN.LL., l'Azienda favorisce, altresì, l'accesso del personale a percorsi di istruzione e qualificazione, anche esterni, mediante la concessione dei permessi per il diritto allo studio.

Nell'ottica della valorizzazione e dello sviluppo delle risorse umane, nonché ai fini della valutazione della performance individuale, la partecipazione ai percorsi formativi aziendali ed extra-aziendali assume rilevanza significativa. A tal fine, per il personale dirigente è previsto, tra gli obiettivi trasversali individuati nella specifica sezione del presente Piano, uno specifico obiettivo volto a promuovere e favorire la partecipazione del personale alle iniziative formative.

Si evidenzia, infine, che per l'anno di riferimento la raccolta delle proposte formative è avvenuta esclusivamente in modalità telematica, in coerenza con i principi di digitalizzazione dei processi amministrativi e di riduzione dello spreco di risorse cartacee.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Monitoraggio e riesame ambito anticorruzione e trasparenza

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

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

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

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

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure dei Piani, di cui alla sezione 2.3 di questo Piano ed ai corrispondenti Allegati della stessa sottosezione, 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 eseguire 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, vogliano 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 (PTFP), 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, sia fortemente condizionata dalle norme nazionali e regionali che pongono limiti alla spesa del personale. Il PTFP dell'A.O., elaborato nei limiti del tetto di spesa assegnato dalla Regione Campania, 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

- **Documento Programmatico Generale 2026 – Atto di indirizzo del Direttore Generale**
- **Allegati alla sottosezione 2.2 - Performance**
 - Modelli delle Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;
 - Modelli delle Schede di valutazione individuale – Area Comparto;
- **Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza**
 - Mappatura dei processi
 - Elenco obblighi di pubblicazione
- **Allegato alla sottosezione 3.3**
 - Programma formativo aziendale 2026



ALLEGATO

Documento Programmatico Generale 2026
– Atto di indirizzo del Direttore Generale -



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

DOCUMENTO PROGRAMMATICO GENERALE

ANNO 2026

- ATTO DI INDIRIZZO DEL DIRETTORE GENERALE -

Premessa

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

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

A riguardo, sentiti i direttori di dipartimento nel corso di vari incontri avuti anche col collegio di direzione e, direttamente o attraverso essi, i direttori delle UU.OO.CC. ed i responsabili delle UU.OO.SS.DD., il Direttore Generale ha tracciato le principali linee di attività del 2026 e descritto le attività e gli investimenti in corso e da realizzarsi nel corso dell'anno. È stata l'occasione per accogliere ulteriori ed importanti suggerimenti per iniziative di carattere innovativo e su cui concentrare le attività assistenziali, quali opportunità di crescita dell'offerta sanitaria. Di tanto se ne è data evidenza, da ultimo, con il verbale del Collegio di Direzione del 15.12.2025, condiviso e agli atti.

1. Il Contesto Normativo

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

- D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- Legge Regionale n. 32 del 4 novembre 1994 e s.m.i. ;
- DCA n. 99 del 14/12/2018 avente ad oggetto: "Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del S.S. Campano ex art. 2, comma 8, legge 23.12.2009 n. 191", come modificato ed integrato dal DCA n. 6 del 17.01.2020;
- DCA n. 103 del 28.12.2018 ad oggetto: "Piano Regionale di Programmazione della rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018";
- DCA n. 63 del 29.07.2019 ad oggetto: "Approvazione Rete Regionale Stroke";
- DCA n. 101 del 06.12.2019 ad oggetto: "Riorganizzazione dei flussi della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Sistema TS: Linee di indirizzo";
- DCA n. 103 del 06.12.2019 ad oggetto: "Sistema Regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali";
- DCA n. 6 del 17.01.2020 ad oggetto: "Approvazione del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191". Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019";
- D.C.A. n. 52 del 04.07.2019 Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRG LA 2019/2021), come modificato dal DCA n. 23 del 24.01.2020 ad oggetto: "Modifica ed Integrazione del D.C.A. n. 52 del 04.07.2019;
- D.L. 19 maggio 2020 n.34 ad oggetto: "Misure urgenti in materia di salute connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19";

- D.G.R.C. n.378 del 23.07.2020: “Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020”;
- D.G.R.C. n. 543 del 02.12.2020: “Adozione del Programma operativo per la gestione dell’Emergenza da Covid-19 per gli anni 2020 e 2021”;
- D.G.R.C. n. 690 del 29/12/2020 relativa all’approvazione del “Piano Operativo regionale per il recupero delle prestazioni non erogate nel periodo emergenziale ai sensi del atr. 29 DL n. 104/2020, come integrata e aggiornata dalla D.G.R.C. n. 353 del 04.08.2021;
- DGRC n. 210 del 04/05/2022 ad oggetto: “Approvazione fabbisogno regionale di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e degli obiettivi di produzione per le Aziende Sanitarie pubbliche per gli anni 2022 – 2023”;
- D.G.R.C. n.190 del 19.04.2023: “Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSR”;
- DGRC n.654 del 16/11/2023 ad oggetto:” Atto Aziendale AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Approvazione”;
- DGRC n. 591 del 06/08/2025 ad oggetto: “A.O.R.N Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Determinazioni” - Individuazione quale Direttore Generale dott. Gennaro Volpe;
- DPGRC n.109 del 08.08.2025 ad oggetto: “A.O.R.N Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Direttore Generale. Determinazioni” - Nomina Direttore Generale dott. Gennaro Volpe.

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

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

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

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

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

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

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

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

- centro di riferimento per gli impianti cocleari.

Riferimento territoriale: province di Caserta, Avellino, Benevento

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

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

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

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

Riferimento territoriale: provincia di Caserta

Nell'ambito della Rete oncologica campana (ROC):

Sede del Centro oncologico regionale polispecialistico (CORP) di II livello, che opera attraverso i Gruppi oncologici multidisciplinari (GOM) per l'effettuazione dei Percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali (PDTA) in caso di neoplasie alla mammella, all'apparato colon-retto-gastrico, alla cervice uterina, al pancreas, e in caso di melanoma.

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

I Dipartimenti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite e ai Direttori di Dipartimento è conferita formale delega del datore di lavoro.

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

- a) prevedere l'attribuzione dei posti letto al Dipartimento e, in seconda istanza, alle singole strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale, individuando orientativamente il

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

3. La gestione dell'esercizio 2024 e l'andamento del 2025

Con l'approvazione del nuovo Atto aziendale da parte della Regione Campania con deliberazione di Giunta n. 654/2023, sono stati definiti gli strumenti per realizzare l'offerta sanitaria fissata nella programmazione.

Sono stati infatti stabiliti gli obiettivi strategici, le linee di azione e i progetti prioritari per il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari erogati dall'azienda come dettagliatamente descritti nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024 – 2026 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 85 del 31/01/2024.

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

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

Sono definitivamente entrate a regime le attività in materia di emergenza ICTUS per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con ictus cerebrale acuto, l'ottimizzazione della gestione del paziente in PS, l'implementazione di ulteriori Percorsi Ambulatoriali Coordinati e Complessi. È stata, inoltre, ulteriormente potenziata la struttura organizzativa dei GOM, tenuto conto della richiesta sempre crescente da parte dell'utenza.

La gestione 2025, in linea con la gestione precedente, con dati sostanzialmente oggetto di modeste variazioni rispetto a quelli dell'anno precedente. Si segnala, in ogni caso, un decremento dei ricoveri in regime di DH a favore di un incremento delle prestazioni ambulatoriali e dei P.A.C.C., in linea con le indicazioni regionali e nazionali di questi ultimi anni. In particolare, si rafforza il trend già evidenziatosi nei dati precedenti riguardo al notevole incremento degli accessi dei P.A.C.C. oncologici, con conseguenti importanti benefici sia verso l'assistenza ai pazienti affetti da patologie oncologiche, sia per il corrispondente incremento dei rimborsi.

Sul fronte del rispetto degli indicatori del N.S.G., si registrano dati soddisfacenti su tutti, ad eccezione dell'H18C riguardante la quota di parti cesarei primari e l'H13C riguardante la percentuale di pazienti anziani ricoverati per frattura al femore operati entro le 2 giornate in RO.

4. La Programmazione per il 2026

La programmazione non può non prescindere dagli obiettivi di carattere generale e dagli obiettivi specifici di natura Preliminare e Tematici recentemente assegnati all'azienda con la DGRC n.591 del 6.8.2025 in occasione del conferimento del nuovo incarico al Direttore Generale, e che possono essere di seguito riepilogati:

1) Obiettivi di carattere generale:

- a) *il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- b) *il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;*

2) Obiettivi specifici:

- a) *garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso il conseguimento degli standard previsti dal sottoinsieme “CORE” degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia;*
- b) *garantire il rispetto complessivo dei tempi massimi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità delle prestazioni assistenziali definite “prestazioni sentinella”, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, assicurando contestualmente un costante e puntuale monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire l’equità nell’accesso e la piena aderenza agli obiettivi di appropriatezza e trasparenza del servizio sanitario pubblico;*
- c) *assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali, etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità assegnate alle strutture aziendali coinvolte;*
- d) *raggiungimento degli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo i volumi e le tipologie previsti dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta regionale n. 420 del 6 agosto 2024 e s.m.i.;*

3) Obiettivi tematici:

- a) *piena attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, garantendo l’organizzazione funzionale e la razionalizzazione dei processi analitici e gestionali;*
- b) *digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti digitali richiesti dal livello centrale e regionale, nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei susseguenti provvedimenti regionali nella percentuale definita;*
- c) *raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR Missione 6 (circolare Mef 2449 del 03.01.2024);*
- d) *il rispetto dei tempi di pagamento.*

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

- Mantenimento dell’equilibrio economico
- Miglioramento della qualità dell’assistenza

- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio
- Arruolamento e formazione continua del personale

4.1 Declinazione degli Obiettivi aziendali alle articolazioni aziendali

L'Azienda è tenuta a far propri e persegue gli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico, operando annualmente per il loro perseguimento e, nell'arco temporale definito, il loro conseguimento mediante l'esercizio dell'autonomia imprenditoriale e l'utilizzo in modo efficiente di tutte le risorse aziendali.

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

Il principale obiettivo da perseguire nella prima parte dell'anno 2026 è quello di garantire il rispetto di tutti gli indicatori del N.S.G., evitando il ripetersi delle difficoltà manifestatesi nel corso del 2025. Contestualmente, le attività aziendali dovranno essere strutturate in modo da garantire l'equilibrio di bilancio ed il rispetto dei tempi di pagamento secondo le previsioni di legge.

Un ulteriore obiettivo sarà quello di completare il processo di implementazione ed attuazione del nuovo Atto Aziendale approvato dalla Regione Campania con DG n. 654/2023, già in itinere, ma che necessita di ulteriori attività per la completa attuazione, primariamente col conferimento di tutti gli incarichi di struttura attualmente non assegnati.

Inoltre, l'azienda dovrà mettere in campo tutte le azioni necessarie per garantire il contenimento della spesa farmaceutica secondo i dettami della D.G.R.C. n.245 del 6.5.2025.

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

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

- o Garantire il rispetto degli indirizzi economici nazionali e regionali;
- o Preservare l'equilibrio economico aziendale;

- o Migliorare, ove possibile, il rapporto Produzione/Costi attraverso una ottimizzazione di fattori produttivi e un miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni

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

In merito alla **Certificabilità del Bilancio Aziendale**, obiettivo è l'efficace implementazione di un impianto amministrativo-contabile necessario all'accompagnamento della Certificabilità del Bilancio, ponendo in essere un Percorso Attuativo di Certificabilità che prevede un cronoprogramma di azioni con delle responsabilità da parte dei direttori/responsabili di struttura preposti. Con deliberazione n. 63 del 31/01/2022 è stato adottato il Manuale delle procedure e delle linee di attività del PAC Aziendale, successivamente aggiornato. Conseguentemente, fondamentale è stato lo sviluppo e l'avviamento operativo di un sistema di controllo interno per l'implementazione del sistema di Internal Audit. Le prime attività compiute dal gruppo di lavoro appositamente costituito hanno segnalato la necessità di una revisione delle procedure in essere.

Infatti, il PAC aziendale, attesa la sua completa implementazione, risulta ormai piuttosto datato, necessitando di una serie di aggiornamenti conseguenti a molteplici fattori e, solo per citarne alcuni, all'approvazione del nuovo atto aziendale che ha modificato il precedente organigramma aziendale in maniera anche sostanziale (p.es. con la creazione di un nuovo dipartimento denominato "Testa-collo"); oppure all'approvazione di una serie di regolamenti, emanati in attuazione dello stesso atto aziendale, che hanno modificato, talora marcatamente, le precedenti modalità di svolgimento di varie attività amministrative; la completa entrata a regime della contabilità generale basata sulla piattaforma contabile regionale SIAC successivamente all'approvazione del Manuale.

Per tutto quanto sopra descritto, in un quadro di miglioramento continuo dell'attività amministrativo contabile, risulta necessaria una profonda revisione delle procedure di attuazione del PAC aziendale

con l'aggiornamento del Manuale. Tale attività è già stata avviata nel corso del 2025 e dovrà essere proseguita nel corso del 2026.

4.1.2. INTERVENTI PNC E PNRR DA REALIZZARE NEL 2026

In relazione agli interventi ex. Art.20 Legge 67/88 l'Azienda provvederà all'adeguamento Strutturale, impiantistico ed architettonico dell'Edificio "F3" per un costo complessivo pari ad € 10.477.893,51 di cui € 3.864.295,99 con fondi propri dell'A.O.R.N., ed € 6.613.597,52 di fondi residuali dell'art. 20 II fase Legge 67/88. La conclusione dei lavori è prevista entro il 2026.

Si provvederà altresì alla Realizzazione di un Edificio a 3 piani da destinare a Bunker per radioterapia – Medicina Nucleare – Unità spinale – Recupero e Riabilitazione Funzionale e Neuro-Riabilitazione ed ambulatori. L'intervento è finanziato con la III fase dell'art. 20 Legge 67/88, per un importo complessivo pari ad €16.044.900,00. La conclusione dei lavori è prevista per la fine del mese di giugno 2026.

Ulteriore intervento finanziato con la III fase dell'art. 20 per un importo complessivo pari ad € 11.748.941,00 è la realizzazione di un nuovo edificio per l'allocazione della nuova Piastra Operatoria (al piano terra). I lavori della nuova piastra operatoria risultano conclusi e collaudati e la stessa è in fase di autorizzazione all'esercizio. Allo stato attuale inoltre risultano in fase di realizzazione il Laboratorio Analisi, microbiologia e biologia molecolare, al piano seminterrato del predetto nuovo edificio, indispensabili al fine di procedere alla demolizione dell'edificio F5 con i fondi PNC.

Ulteriori adempimenti sono previsti dalla DGRC 378/2020, come modificata dalla DGRC 308/2023, al fine di migliorare i percorsi verticali del pronto soccorso e DEA, mediante la sostituzione di n. 2 ascensori presso l'edificio N e trasformazione degli stessi in montalettighe, la cui conclusione è prevista per il mese di aprile 2026.

L'Azienda è, inoltre, assegnataria, nell'ambito del più ampio programma di investimenti del PNRR, dei fondi PNC relativi alla Missione 6 1.1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile, per la demolizione e ricostruzione parziale degli edifici dell'A.O.R.N. di Caserta per n. 177 nuovi Posti Letto.

Tale intervento è finalizzato soprattutto alla demolizione e ricostruzione di edifici da adeguare strutturalmente e per i quali l'adeguamento sismico risulta più oneroso rispetto all'abbattimento e nuova realizzazione.

Allo stato attuale, a seguito della validazione progettuale e Delibera 528 del 15/05/2025 di approvazione dello stesso, nonché di varie consegne parziali dei lavori risultano realizzate le demolizioni degli edifici G, H, I ed L, e si sta procedendo alla realizzazione di due dei nuovi edifici B1 e B2, previsti dal progetto.

La consegna totale delle aree all'Operatore Economico è prevista una volta ultimati e trasferiti il laboratorio di analisi aziendale, con il conseguenziale abbattimento dell'edificio F5, propedeutico per poter dar seguito alla realizzazione dell'edificio "CG" (edificio di connessione del nosocomio ai nuovi edifici B1 e B2) e realizzazione dell'edificio B3, ultimo edificio finanziato con il PNC, e al compimento delle attività necessarie al completamento dei lavori, previsto per la prima metà del 2027.

4.1.3 INDIRIZZI DI NATURA SANITARIA VOLTI AL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUATI NEL PIANO DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SSR

- **Premessa**

Il presente paragrafo intende chiarire gli indirizzi di natura sanitaria al fine di consentire, nell'ambito del piano della performance 2026-2028 dell'AORN "Sant'Anna e San Sebastiano", l'assegnazione di obiettivi che siano in linea con la mission e la vision dell'Azienda e che, in particolare, siano congruenti con gli indicatori assegnati al Direttore Generale con DGRC n°591 del 06/08/2025.

Tali indirizzi vengono declinati in forma di obiettivi strategici, definiti tali in quanto di estrema rilevanza rispetto ai bisogni della collettività in termini di *out come*.

Da essi discenderanno, in successivi piani programmatici, gli obiettivi operativi, che verranno assegnati sia alle strutture (per la valutazione della performance organizzativa) sia ai singoli professionisti (per la valutazione della performance individuale) nell'ambito del ciclo della performance.

Ad essi, in questa sede, verranno descritti anche alcuni obiettivi che, seppur di natura più operativa, in virtù dei loro risvolti fortemente impattanti sull'organizzazione dell'Azienda e sulla sua immagine pubblica, possono essere equiparati agli obiettivi strategici in senso stretto.

- **Aspetti metodologici**

Il documento contempla un insieme di obiettivi che possono essere ricondotti ad alcune delle dimensioni della performance che sono state individuate facendo riferimento ad uno dei possibili strumenti di supporto nella gestione strategica, la cosiddetta Balanced scorecard. Quest'ultima,

permette di tradurre la missione e la strategia di una organizzazione in un insieme coerente di misure di performance che tengono conto della prospettiva economico-finanziaria, ma anche delle prospettive dell'apprendimento e crescita, dei processi aziendali e della clientela. Ispirandosi ai driver individuati dalla Balanced score card, il presente documento, quale sintesi della propria programmazione, individua, così come riportato in **Figura x**, le dimensioni - entro cui declinare i vari obiettivi – che corrispondono alle seguenti aree strategiche:

- **AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA E DELL'ECONOMICITA':** l'efficienza e l'economicità costituiscono dimensioni fondamentali per garantire la sostenibilità del sistema sanitario aziendale. L'uso ottimale delle risorse disponibili consente di mantenere elevati standard di qualità nei servizi offerti, riducendo sprechi e migliorando le performance complessive;
- **AREA STRATEGICA DELL'EFFICACY e DELL'EFFECTIVENESS, DELLA QUALITA' E DELL'APPROPRIATEZZA:** in un contesto caratterizzato dalla crescente complessità dei bisogni di salute e da una continua evoluzione tecnologica, scaturisce la necessità di una strategia centrata sulla ricerca dell'efficacia (efficacy) e dell'efficienza operativa (effectiveness), promuovendo al contempo la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza degli interventi erogati;
- **AREA STRATEGICA DELL'INNOVAZIONE E DELL'EQUITÀ:** l'innovazione rappresenta un motore essenziale per il miglioramento continuo e il potenziamento dei servizi sanitari, mentre l'equità rappresenta il principio guida per garantire pari accesso alle cure e ridurre le disuguaglianze. L'azione strategica aziendale mira ad un sistema più moderno, inclusivo e reattivo ai bisogni reali della popolazione potenziando gli aspetti inerenti l'innovazione e l'equità;
- **AREA STRATEGICA DELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE:** il potenziamento e la valorizzazione del capitale umano sono essenziali per migliorare la qualità dell'assistenza e per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Come anticipato in premessa al presente paragrafo, verrà considerata una quinta area non direttamente riconducibile a drivers della balanced scorecard in quanto non propriamente strategica; essa verrà definita **AREA OPERATIVA TRASVERSALE** e sarà riconducibile ad obiettivi operativi, ma fortemente impattanti. Nella pratica, tale area riguarda traguardi specifici e misurabili che hanno:

- un impatto significativo sulla struttura, sui processi e sulla reputazione dell'organizzazione in quanto in grado di agire su:
 1. l'efficienza operativa;
 2. la qualità e sicurezza;
 3. l'innovazione e digitalizzazione;
 4. la sostenibilità e responsabilità sociale;

5. la customer satisfaction:
- un impatto sull'organizzazione e sull'immagine dell'Azienda dal punto di vista:
 1. culturale poiché in grado di cambiare i processi, le abitudini e la mentalità dei dipendenti;
 2. economico poiché in grado di influenzare costi e ricavi;
 3. reputazionale in quanto in grado di migliorare la percezione dell'Azienda sul mercato;
 4. tecnologico in quanto in grado di richiedere investimenti in strumenti e competenze.



Figura 1: Declinazione delle aree strategiche in base alla Balanced score card.

- ***Declinazione degli obiettivi strategici individuati***

Di seguito, per ciascuna area strategica, si declinano gli obiettivi generali che verranno perseguiti nel corso del 2026.

AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA E DELL'ECONOMICITA'

OBIETTIVO	RAZIONALE
Produrre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo i volumi e le tipologie previsti dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta regionale n. 420 del 6 agosto 2024 e s.m.i.	L'obiettivo è quello di ottimizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie con particolare riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale, assicurando il pieno raggiungimento degli standard produttivi in termini di volumi e tipologie di prestazioni, così come previsti nel documento tecnico allegato alla DGR n. 420 del 6 agosto 2025 e successive modifiche. Tali attività dovranno essere monitorate costantemente al fine di verificare la coerenza tra programmazione, erogazione effettiva e fabbisogno assistenziale espresso dal territorio.
Ridurre il valore della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici rispetto all'anno precedente	L'obiettivo è quello di implementare strategie di razionalizzazione della spesa sanitaria, con specifico riferimento alla spesa per farmaci e dispositivi medici. Il target è ridurre i costi rispetto all'anno precedente, senza compromettere la qualità e la sicurezza dell'assistenza. A tal fine dovranno essere adottati protocolli clinici condivisi, l'uso di farmaci equivalenti e dispositivi a migliore rapporto costo-beneficio, nonché la diffusione di strumenti di audit clinico per promuovere l'appropriatezza prescrittiva.

AREA STRATEGICA DELL'EFFICACY e DELL'EFFECTIVENESS, DELLA QUALITA' E DELL'APPROPRIATEZZA

OBIETTIVO	RAZIONALE
Assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo	L'obiettivo è garantire la completa, continua e qualificata alimentazione dei flussi informativi sanitari e sociosanitari (NSIS, FSE, flusso SDO e tutti i flussi regionali e aziendali), nel pieno rispetto delle specifiche tecniche, delle scadenze normative e degli standard di qualità richiesti in termini di accuratezza, coerenza, tempestività e integrità. L'attività sarà accompagnata da un sistema strutturato di monitoraggio e da una chiara attribuzione delle responsabilità operative.
Garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)	<p>L'obiettivo è assicurare la piena aderenza ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con particolare attenzione agli standard previsti nel sottoinsieme "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Le performance dovranno essere mantenute stabili nel tempo e ogni eventuale criticità rilevata a livello nazionale o regionale dovrà essere affrontata e risolta con tempestività ed efficacia.</p> <p>Particolare attenzione verrà posta agli indicatori di seguito riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiori a 150 interventi annui (con 10% di tollerabilità); • H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza

	<p>in regime ordinario;</p> <ul style="list-style-type: none"> • H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni; • H13C: Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario; • H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti.
Garantire il raggiungimento dei volumi e degli esiti come da target del PNE	<p>L'obiettivo è quello di erogare prestazioni sanitarie in volumi adeguati, tali da garantire non solo la sostenibilità organizzativa delle attività, ma soprattutto da supportare il mantenimento e il miglioramento della qualità assistenziale e clinica. Un volume sufficiente di attività consente infatti di consolidare l'esperienza professionale, promuovere l'efficacia dei trattamenti, ridurre la variabilità ingiustificata delle cure e contribuire al raggiungimento di esiti di salute favorevoli per la popolazione assistita.</p> <p>Il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi verranno effettuati anche alla luce di quanto previsto dal Programma Nazionale Esiti (PNE), strumento di analisi sviluppato da AGENAS per supportare il governo clinico e la pianificazione delle attività sanitarie a livello nazionale, regionale e aziendale. In particolare, verrà posta grande attenzione agli indicatori riferiti alle diverse aree cliniche di interesse, oggetto di osservazione sistematica da parte del PNE.</p> <p>Tali indicatori, rappresentati visivamente anche attraverso strumenti grafici come il treemap, permettono un'immediata interpretazione comparativa delle performance, mettendo in relazione i volumi di attività con gli esiti clinici. Il confronto con i</p>

	<p>benchmark nazionali consente all'Azienda di individuare aree di criticità e margini di miglioramento, valorizzare le buone pratiche e promuovere interventi correttivi mirati, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza. Gli indicatori in questione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per l'area clinica "Cardiocircolatorio": <ul style="list-style-type: none"> o Percentuale di pazienti trattati con angioplastica entro 90 minuti; o IMA: mortalità a 30 giorni; o IMA STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti; o Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni; o By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni (NV); o Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni; • per l'area clinica "Nervoso": <ul style="list-style-type: none"> o Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni; o Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia; • per l'area clinica "Respiratorio": <ul style="list-style-type: none"> o BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni; • per l'area clinica "Chirurgia generale": <ul style="list-style-type: none"> o Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni; • per l'area clinica "Chirurgia Oncologica": <ul style="list-style-type: none"> o Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> o Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni; • per l'area clinica "Gravidanza e Parto": <ul style="list-style-type: none"> o Proporzione di parti con taglio cesareo primario; o Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo; o Proporzione di episiotomie in parti vaginali; • per l'area clinica "Osteomuscolare": <ul style="list-style-type: none"> o Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h; o Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni; o Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni; • per l'area clinica "Nefrologia": <ul style="list-style-type: none"> o Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero.
--	---

AREA STRATEGICA DELL'INNOVAZIONE E DELL'EQUITA'

OBIETTIVO	RAZIONALE
Garantire il rispetto complessivo dei tempi massimi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità	L'obiettivo è di assicurare il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni assistenziali "sentinella", sia in regime ambulatoriale sia in regime di ricovero, monitorando costantemente i tempi delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire trasparenza, equità di accesso e corretta gestione delle priorità cliniche.
Promuovere la digitalizzazione	L'obiettivo è di assicurare la digitalizzazione dei processi sanitari, garantendo la trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) di tutti i documenti previsti, secondo

	quanto stabilito dal DM 23 dicembre 2019 e successive modifiche, nonché dalle disposizioni regionali, raggiungendo gli obiettivi quantitativi e qualitativi fissati.
Assicurare la piena attuazione della rete aziendale dei laboratori	L'obiettivo, come Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale, è di completare l'attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo la pianificazione regionale, garantendo un modello organizzativo integrato, una razionalizzazione dei flussi analitici e gestionali e il potenziamento delle capacità diagnostiche in ottica di efficienza e innovazione.

AREA STRATEGICA DELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE

OBIETTIVO	RAZIONALE
Raggiungere gli obiettivi previsti dal PNRR Missione 6 (Circolare Mef 2449 del 03.01.2024)	L'obiettivo è di assicurare la piena attuazione dei percorsi formativi previsti dal PNRR – Missione 6, finalizzati allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale. In particolare, sarà garantito il completamento degli interventi formativi obbligatori in materia di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), come previsto dalla Circolare MEF n. 2449 del 03/01/2024, monitorando puntualmente tassi di adesione, risultati formativi e ricadute organizzative.

AREA OPERATIVA TRASVERSALE

OBIETTIVO	RAZIONALE
Rendere fruibile la morgue aziendale	L'obiettivo da raggiungere è la piena fruibilità della morgue aziendale per garantire dignità, decoro e rispetto nei confronti del paziente deceduto, nonché per assicurare il corretto svolgimento delle attività correlate, in conformità con le normative vigenti e i

	<p>protocolli operativi.</p> <p>Attualmente, l'infrastruttura risulta solo parzialmente utilizzabile a causa di criticità strutturali, organizzative e/o gestionali.</p>
Attivare le nuove sale operatorie	<p>L'obiettivo è garantire l'attivazione funzionale del nuovo blocco operatorio, composto da 8 sale chirurgiche, di cui una ibrida e una dedicata alla chirurgia robotica. Il pieno avvio delle attività dovrà coinvolgere tutte le UU.OO. interessate, le quali saranno chiamate ad attuare, nei primi sei mesi del 2026, una riorganizzazione delle proprie attività clinico-assistenziali e logistiche, al fine di assicurare la tempestiva messa a regime delle nuove sale operatorie, riducendo al minimo tempi di inattività e discontinuità nei servizi.</p>
Attivare l'Osservazione Breve Intensiva	<p>L'obiettivo di attivazione dell'OBI mira a ridurre la pressione sul PS, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, favorire l'allocazione ottimale delle risorse e garantire una presa in carico più sicura e tempestiva, nel rispetto dei criteri di efficacia clinica e sostenibilità organizzativa.</p>

4.2 Indirizzi per la formazione

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

In tal senso, l'azienda, mediante le attività dell'apposito comitato tecnico-scientifico, dovrà definire un articolato programma formativo per l'anno 2026, che sarà allegato al PIAO 2026-2028, sviluppato secondo alcune linee di azione principali, tra cui si possono individuare l'effettuazione di corsi sull'equità e sulla performance anche in attuazione della recente direttiva emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, oltre a corsi su svariati ambiti tematici afferenti alle varie specialità.

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

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

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

In particolare, in materia di anticorruzione dovrà essere contemplato il seguente obiettivo:

“Sensibilizzazione al rispetto della normativa in materia di conflitto di interessi tramite adozione di direttiva ad hoc e monitoraggio della misura in ossequio alla Delibera ANAC n.63/2023”;

In materia di trasparenza dovrà essere contemplato il seguente obiettivo:

“Verifica straordinaria in corso d'anno in Amministrazione Trasparente, in particolare nella sottosezione Bandi e Contratti al fine di monitorare la corretta attuazione della novella legislativa introdotta con l'art.28 del D.Lgs.36/2023”.

Gli indirizzi e le prescrizioni in materia andranno riportate, come da normative vigenti, all'interno del P.I.A.O. 2026-2028.

4.4 La Programmazione in ottica Dipartimentale

Negli ultimi anni si è dato sviluppo una struttura organizzativa incentrata sui Dipartimenti, riconoscendo agli stessi un'autonomia decisionale nella gestione delle risorse, sia umane che tecnologiche, e nell'operatività funzionale per il raggiungimento degli obiettivi strategici e gestionali condivisi con la direzione. Al tempo stesso gli stessi dipartimenti sono stati coinvolti nella definizione degli obiettivi strategici e nella programmazione da porre in essere per il raggiungimento degli stessi e in linea con la programmazione regionale. In tale ottica, gli indirizzi del presente documento derivano anche dalla condivisione avuta nel corso di un apposito incontro tenutosi con tutti i direttori nell'ambito del collegio di direzione che si è fatto, quindi, portatore delle proposte dipartimentali e delle singole unità operative.

Come indirizzo di natura generale, l'obiettivo che si intende perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale per l'anno 2026 è il completamento per l'attuazione dei nuovi assetti dei dipartimenti previsti dal nuovo atto aziendale approvato dalla Regione con DGRC 654/2023 in conformità a quanto previsto dal vigente regolamento per il funzionamento dei dipartimenti.

Per il corretto funzionamento del sistema dipartimentale, come emerso anche dai vari incontri con i direttori/responsabili, è necessario, prima di tutto, perseguire:

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

4.5 Monitoraggio periodico

L'azienda ha implementato un articolato sistema per la gestione ed il monitoraggio delle attività. È stata elaborata un'apposita reportistica che consente di monitorare le attività delle varie UU.OO.

correlandole alla definizione dei costi e dei ricavi. Il monitoraggio viene, di norma, eseguito trimestralmente verificando l'andamento delle attività, sia con riferimento al rispetto degli indicatori del NSG, sia con riferimento all'andamento dei costi/ricavi. La reportistica per l'effettuazione dei monitoraggi viene prodotta dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione e dalla UOC Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi Informativi.

5 Conclusioni

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

Per il 2026 l'Azienda in ottica gestionale continuerà a perseguire gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale; proseguirà nell'attuazione dei molteplici interventi di investimento sia di edilizia sanitaria, che in materia di PNRR (varie linee di intervento) con il fine ultimo di migliorare e potenziare l'offerta sanitaria, ampliando l'offerta di servizi sanitari di eccellenza.

In tale contesto questo documento rappresenta solo una sintesi delle attività intraprese e da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi di carattere generale e specifici assegnati e fornisce gli elementi principali da porre a base della formulazione del PIAO e, quindi, della successiva assegnazione degli obiettivi alle varie articolazioni aziendali.

Il Direttore Generale
Dott. Gennaro Volpe



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

Deliberazione del Direttore Generale N. 51 del 27/01/2026

Proponente: Il Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: Documento programmatico generale anno 2026 -- Adozione

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 27/01/2026 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 ad interim Luigia Infante

ELENCO FIRMATARI

Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE

Umberto Signoriello - UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Vincenzo Giordano - DIREZIONE SANITARIA

Chiara Di Biase - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, Dr. Pasquale Cecere

Oggetto: Documento programmatico generale anno 2026 — Adozione

Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

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

Premesso

- che il Decreto Legge n. 80 del 9.6.2021, convertito con modificazione nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso" ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);
- che, ai sensi dell'art.3 del vigente Regolamento di Amministrazione e Contabilità, adottato con deliberazione n.100 del 01.02.2024, il Direttore Generale formula le principali linee di indirizzo alle articolazioni aziendali rispetto alle quali uniformare le attività per ciascun anno e conformare i documenti programmatici, in particolare, il PIAO;

Dato atto

- che, per le motivazioni indicate nei punti che precedono, è stata predisposto, così come allegato al presente provvedimento, il *Documento Programmatico Generale anno 2026 – Atto di indirizzo del Direttore Generale*, quale documento programmatico che individua le linee di sviluppo annuali, le azioni e le aree di intervento aziendali da attuarsi in sintonia con le linee di indirizzo strategiche della programmazione sanitaria regionale e nazionale;
- che il documento è stato approvato dal Collegio di Direzione nella riunione tenutasi il 15 dicembre 2025 con i direttori di dipartimento per condividerne gli indirizzi ed accogliere eventuali proposte, il cui verbale è agli atti di quest'azienda;

Rilevato

- che il *Documento Programmatico Generale* costituisce, tra l'altro, il documento di riferimento per la prossima redazione del PIAO;
- che occorre, pertanto, procedere alla sua definitiva adozione;
- che occorre, altresì, trasmettere il documento a tutte le articolazioni aziendali interessate;

Deliberazione del Direttore Generale

Ritenuto

- di dover procedere all'adozione del *Documento Programmatico Generale anno 2026 – Atto di indirizzo del Direttore Generale* come allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale;

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;

Attestata la conformità del presente atto alle norme sul trattamento dei dati di cui al D.lgs. 196/2003, così come integrato con le modifiche prodotte dal D.lgs. 101/2018 per l'adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalle successive introduzioni previste dalla legge 27 dicembre 2019 n. 160, che contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", e dichiarato di aver valutato la rispondenza del testo, compreso gli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge;

PROPONE

1. di adottare il *Documento Programmatico Generale anno 2026 – Atto di indirizzo del Direttore Generale* 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;
 - ai Direttori di Dipartimento;
 - ai componenti del gruppo di lavoro per l'elaborazione del PIAO individuati con la deliberazione n.630/2022;
3. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

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

Deliberazione del Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gennaro Volpe

individuato con D.G.R.C. n. 591 del 06/08/2025

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 109 del 08/08/2025

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

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

Il Direttore Sanitario Dott. Vincenzo Giordano (f.to digitalmente)

Il Direttore Amministrativo Avv. Chiara Di Biase (f.to digitalmente)

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:

1. di adottare il *Documento Programmatico Generale anno 2026 – Atto di indirizzo del Direttore Generale* 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;
 - ai Direttori di Dipartimento;
 - ai componenti del gruppo di lavoro per l'elaborazione del PIAO individuati con la deliberazione n.630/2022;
3. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione previsti per legge.

Il Direttore Generale

Dott. Gennaro Volpe



ALLEGATO alla sottosezione 2.2 - Performance

Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scheda di valutazione individuale Area Dirigenza PTA DIRIGENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che 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.	1	2	3	4	5
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

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

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

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

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

ALLEGATO alla sottosezione 2.2 - Performance

- Schede di valutazione individuale – Area Comparto

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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	1	2	3	4	5



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

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

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

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

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

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

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

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	1	2	3	4	5



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

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

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

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



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

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

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

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

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'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
-------------------------	-------------------

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

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

Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza

- **Mappatura dei processi**

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornament o 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
		Programmazione	Definizione del fabbisogno	Direzione Strategica UOC Gestione Risorse Umane	1) Alterazione fabbisogno di personale (profili)	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 cmmissario 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	
					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	
			Rispetto delle indicazioni della Regione Campania in merito alle procedure da seguire per reclutamento di personale autorizzato con DCA in riferimento al personale cessato nell'anno precedente (turn over): 1. Espletamento mobilità 2. Utilizzo graduatorie anche di altre amministrazioni regionali 3. Concorso e/o avviso pubblico		3) Ricorrere agli avvisi e alle procedure concorsuali bypassando la mobilità e lo scorrimento di graduatorie per favorire l'assunzione di personale determinato ex ante	1) Pressione politica per ricorrere direttamente a forme concorsuali 1) Inadeguati controlli a livello regionale 1) Inadeguati controlli a livello aziendale	Medio	Medio	Atti di indirizzo della Regione Campania (es. decreti cmmissario 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	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornament o 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
	1) Reclutamento del personale non dirigenziale per selezione pubblica	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.	1. Regolamento aziendale per il reclutamento del personale non dirigente per selezione pubblica
			Pubblicazione del bando	UOC Gestione Risorse Umane	5) Scelta di un periodo (es. periodi festivi) per la pubblicazione del bando in cui può essere limitata la partecipazione del maggior numero di candidati possibili	Manca un controllo sui periodi di pubblicazione da soggetto terzo rispetto al GRU	Medio	Medio	Monitoraggio dei bandi pubblicati	
		Selezione del personale	Ricezione domande	UOC Gestione Risorse Umane	6) Accettazione domande pervenute oltre la scadenza	Le domande sono ricevute tramite Protocollo o PEC	Basso	Basso	Le domande sono ricevute a mezzo di un sistema informativo che attesta la data di ricezione	
			Verifica requisiti di ammissione	UOC Gestione Risorse Umane	7) Omissione o non adeguata verifica dei requisiti	Assenza di controlli o verifiche superficiali	Basso	Basso		
			Nomina Commissione: 1. Per i concorsi pubblici la nomina è realizzata tramite sorteggio nel rispetto della normativa vigente 2. Per altre procedure (mobilità, avvisi pubblici, etc.) la nomina compete alla Direzione Strategica	UOC Gestione Risorse Umane	Per il punto 2: 8) Composizione pilotata della commissione di concorso al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante. Per entrambi i punti: 9) Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante	Per il rischio 8): Discrezionalità della Direzione Strategica Per il rischio 9) Discrezionalità della Commissione	Medio	Medio	Per il punto 1 della azioni: 1) Sorteggio dei componenti della commissione di concorso. 2) Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità dei commissari esterni ed interni. Per entrambi: 3) Codice di comportamento 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Dlgs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Dlgs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	
			Valutazione titoli dei candidati	Commissione di valutazione	10) Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante	Discrezionalità della Commissione. Assenza di controlli o verifica superficiale.	Medio	Medio	1) Norme di legge. 2) Criteri di massima predefiniti. 3) Tracciabilità del processo (Verbale Commissione). 4) Obbligo di pubblicazione (art 19 del Dlgs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Dlgs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	

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

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

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

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
4) Procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali		Proposta di incarico		DIRETTORE GENERALE - COMITATO DI DIPARTIMENTO - 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			14) Utilizzo distorto dello strumento di revoca a fini ricattatori/pressioni per finalità corruttive/personali	Mancanza di un adeguato e trasparente sistema di attribuzione degli obiettivi e valutazione degli stessi	Medio	Medio	Atto aziendale - Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali (del n. 105 del 2017)	
				DIRETTORE GENERALE - COLLEGIO TECNICO	15) Mancata rilevazione/omissione di inadempienze al fine di evitare la revoca dell'incarico, per finalità corruttive/personali	Discrezionalità del sistema di valutazione dirigenziale	Medio	Medio		

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi	Azioni	Struttura	Eventi rischiosi	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
		Programmazione	Rilevazione dei fabbisogni (Rilevare annualmente e in corso d'anno le esigenze di beni/servizi/lavori, non solo quantitativamente ma in merito alle specifiche tecniche, alle caratteristiche funzionali del bene/servizio)		1) Frazionamento delle forniture 2) Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (Attivazione di procedure una tantum)	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno. Non corretta valutazione e identificazione del prodotto/servizio richiesto. Non corretta valutazione e identificazione dell'equivalenza di un prodotto/servizio; Mancanza di correlazione con gli obiettivi strategici e di budget.	Medio	Basso	Nel corso del 2019 si è provveduto ad integrare il regolamento aziendale per l'acquisizione dei beni e servizi con una sezione appositamente dedicata ai beni infungibili ed esclusivi disciplinando, in particolare, la fase di attivazione e richiesta del bene da parte del reparto. Con il medesimo regolamento è stato inoltre recepito l'obbligo di redigere il programma biennale per l'acquisizione dei beni e dei servizi (art. 21 comma 1 D.Lgs. 50/2016) imponendo quindi una programmazione degli acquisti. Per l'acquisto di beni e servizi di valore sotto soglia comunitaria ricorso al MEPA. Piano triennale dei lavori. Piano di rinnovo apparecchi elettromedicali Informatizzazione della procedura di intervento tecnico: la richiesta di intervento a guasto è attivata tramite AREAS; tentativo di programmazione degli interventi di manutenzione e a guasto per l'approvvigionamento del materiale. Informatizzazione del magazzino. Internalizzazione degli interventi di piccola manutenzione e interventi a guasto, con costituzione di gruppo di operai interni, eliminando l'affidamento a ditte esterne.	
			Definizione del fabbisogno Verificare la congruenza del fabbisogno rilevato con gli obiettivi strategici e il budget assegnato		3) Frazionamento delle forniture 4) Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (Attivazione di procedure una tantum)	Mancanza di un processo strutturato di acquisizione del fabbisogno. Mancanza di correlazione con gli obiettivi strategici e di budget.				
			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				
		Progettazione della gara	Nomina del Rup		6) Omessa rilevazione o segnalazione di incompatibilità e inconfiribilità; 7) Mancanza di requisiti previsti dal codice appalti	Carenza di organico che determina anche l'impossibilità di garantire la separatezza delle funzioni Esternalizzare le funzioni ha un costo eccessivo	Alto	Alto	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
			Definizione della strategia di gara (tipo di gara, base d'asta, criteri di partecipazione, criterio di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio)		8) Fughe di notizie 9) Clausole e requisiti di partecipazione che limitano la concorrenza 10) Artificiosa determinazione dell'importo a base d'asta per eludere le norme sulle procedure da porre in essere 11) Accordi collusivi con le imprese	Mancanza/carenza di competenze specifiche; mancanza di indicazioni e procedure per la definizione della strategia Mancata condivisione delle informazioni tecniche e/o scarsa sinergia tra gli stakeholder coinvolti	Medio	Medio		<u>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, ...)</u>
			Predisposizione degli atti di gara ed elaborati tecnici		12) Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquisire per favorire un soggetto predeterminato	Mancata programmazione nonché mancata attivazione di tavoli tecnici per la condivisione degli atti di gara Assenza di verifica della corretta identificazione delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi Assenza di verifica della corretta valutazione degli importi a base d'asta	Medio	Medio	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	<u>1. Attività di formazione su normativa codice degli appalti</u>
			Nomina della Commissione giudicatrice		13) Nomina dei commissari in conflitto di interessi o privi di necessari requisiti	Mancata acquisizione e verifica delle dichiarazioni e relative cause di inconfiribilità e incompatibilità;	Basso	Basso	Nel 2019 è stato approvato un apposito Regolamento per la policy di gestione del conflitto di interesse	

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

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

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

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

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

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

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornament o 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornament o 2025-2027	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		n.r.		Basso	Basso		
			UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	9) Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento in lista di attesa 10) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 11) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	Come Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	Medio	Medio		
	AREA CHIRURGICA	4. Ricovero chirurgico programmato e in elezione		12) Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento in lista di attesa	1. Sistema informativo che traccia l'intero percorso di erogazione del servizio (dalla visita alla sala operatoria): manca una piena integrazione tra il sistema informatico del CUP e quello aziendale. 2. Analisi delle priorità: manca in tutte le branche medico-chirurgiche una puntuale e chiara definizione dei criteri per l'attribuzione dei codici di priorità (margini di discrezionalità/soggettività del medico) 3. Pluralità di liste di attesa per prestazioni analoghe 4. Carenza di posti letto di reparto per attività elettive	Medio	Medio		

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornament o 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornament o 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
				13) Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 14) Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private	1. Accettazione esami realizzati all'esterno della struttura in caso di ricoveri in day surgery e day Hospital 2. Mancata implementazione della possibilità di effettuare esami specialistici internamente alla struttura ritenuti necessari all'atto della prima prestazione erogata	Medio	Medio		
	5. Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital	1. Proposta del ricovero dal medico specialista 2. Attribuzione criterio di priorità 3. Inserimento nella lista 4. Convocazione del paziente per il ricovero 5. Erogazione della prestazione		Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento nella lista di attesa					
	6. Gestione pronto soccorso	Accettazione in pronto soccorso	UOC Pronto soccorso e O.B.I. TUTTE LE STRUTTURE che erogano servizi sanitari o che autorizzano prestazioni sanitarie; UOC DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	15) Falsa assegnazione del codice per finalità corruttive/interessi personali	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 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
7) Attività libero professionale	1) Autorizzazione Attività ALPI	1. Presentazione domanda scritta da parte del medico interessato accompagnata dal parere del Direttore di Struttura Complessa o semplice e validata dal Direttore di Dipartimento 2. La U.O ALPI accoglie le istanze e istruisce le pratiche amministrative 3. Deliberazione aziendale di autorizzazione 4. I Direttori di Dipartimento e di U.O.C stabiliscono, d'intesa con il dirigente, le modalità di erogazione	UO Liste di attesa, accreditamento e qualità e ALPI; Commissione 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	1. Richiesta del cittadino di prestazione a pagamento e scelta del professionista 2. Messa a conoscenza della spesa da affrontare per il cittadino (in caso di prestazioni complesse preventivo di spesa) 3. Prenotazione prestazione 4. Accettazione/Pagamento prestazione 4. Erogazione della prestazione	UO Liste di attesa, accreditamento e qualità e ALPI; Commissione 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	1) Nuovo regolamento ALPI (Deliberazione n. 240/2019) 2) Prenotazione attraverso CUP e/o numero verde e in via eccezionale rivolgendosi direttamente al dirigente (il quale entro 1 giorno lavorativo è tenuto a trasmettere la prenotazione acquisita al CUP) 3) Attestazione (in entrata e in uscita) dell'attività ALPI digitando un codice nel rilevatore delle presenze. 4) Verifica e monitoraggio della corretta applicazione delle norme e del regolamento da parte della Commissione paritetica e dell'U.O. ALPI 5) Divieto di riscuotere i proventi da parte del medico 6) Sistema sanzionatorio in caso di violazioni al regolamento (dal richiamo alla revoca dell'autorizzazione)	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
8) Farmaceutica	1) Gestione Farmaci e dispositivi medici	Prescrizione farmaci e dispositivi medici	Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	1) Abuso della propria autonomia professionale nella inappropriata prescrizione di farmaci e materiale sanitario al fine di favorire la diffusione di un determinato prodotto, oppure al fine di 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 Cassaforte per i farmaci ad alto costo	
		Consegna farmaci e dispositivi medici alle UO	UOC Farmacia Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	5) Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia 6) Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna	per tutti: Manca la possibilità di un controllo diretto sulla merce realmente caricata per 89: I contenitori sono alienabili	Medio	Medio	Attività di inventariazione due volte l'anno Presenza di 4 persone stabili per la consegna del materiale a ognuno dei quali è assegnata un'area dell'ospedale	
		Utilizzo dei farmaci: invio richiesta dal coordinatore infermieristico, validata dal medico, validazione della Dirigente farmacista, trasmissione al preparatore che allestisce il pacco da inviare in reparto; nel momento dello scarico dal magazzino in automatico il prodotto viene caricato nell'armadietto; validazione nel reparto e poi utilizzo. (Sistema order entry)	UOC Farmacia Tutte le Strutture di Diagnosi e Cura	7) Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di 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 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	1) Sperimentazioni	1. Richiesta di sperimentazione 2. Approvazione del contratto 3. 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) 2. Elaborazione Progetto di sponsorizzazione 3. Elaborazione e pubblicazione avviso per selezione sponsor 4. Selezione dello sponsor	DIREZIONE SANITARIA U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE U.O.C. Formazione e Performance	3) Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni	Interesse dello sponsor privato volto alla diffusione "condizionata" dei propri prodotti in un sistema di pubblico servizio. Conflitto di interesse e 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 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
10) Medicina legale	1) Medicina legale Certificativa	Interna: Visita medico legale su chiamata del responsabile dell'unità operativa (richiesta interna di visita o parere medico legale per un traumatizzato)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	1) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) codice di comportamento	
		Interna: Parere tecnico per presunta colpa professionale (a fronte di una richiesta di risarcimento danno)	U.O.C. MEDICINA LEGALE	2) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Consiglio di transazioni bonarie in caso di incertezza sulla vittoria 2) Attività svolta in equipe per il settore certificativo e firmata da i tre medici legali + firma dei direttori interessati (previsto da REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE)	
		Esterna: Valutazione del danno biologico	U.O.C. MEDICINA LEGALE	3) Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione del danno biologico	Discrezionalità del medico legale	Basso	Basso	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Attività svolta in equipe per il settore certificativo e firmata da i tre medici (previsto da REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE)	
		Esterna: Certificazione di idoneità psicofisica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	4) Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficiale ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per conduzione autoveicoli, motoveicoli, natanti).	Discrezionalità del medico legale	Medio	Medio	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Procedure informatizzate. 3) Tracciabilità. 4) Attività svolta da un solo medico legale con controfirma del Dirigente	
		Polo della Violenza sessuale o abuso su minore: Visita richiesta dall' autorità giudiziaria o dal privato, con documentazione fotografica	U.O.C. MEDICINA LEGALE TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI, dipendenti o convenzionati, che erogano la prestazione.	non rilevati					
		Invio in sala mortuaria		non rilevati				Codice etico del personale e le informazioni ai congiunti sul comportamento da tenere in funzione delle disposizioni aziendali	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
	2) Medicina legale Necroscopica Aziendale	Scelta ditta funeraria	U.O.C. MEDICINA LEGALE	5) Chiamata/imposizione delle ditte funerarie da parte degli operatori	Mancanza di trasparenza	Basso	Basso	REGOLAMENTO INTERNO ALLA MEDICINA LEGALE CHE PREVEDE: Comunicazione su sito ditte autorizzate al trasporto feretri; Affissione indicazioni per scelta ditta funeraria. Consegna ai congiunti di una lettera in cui sono contenute informazioni relative al codice etico del personale e ai comportamenti che i congiunti sono tenuti a rispettare in funzione delle disposizioni aziendali. Modulo firmato dai parenti per la dichiarazione della libera scelta Nel 2017: richiesta di documento di riconoscimento del defunto, per accertare i dati anagrafici, da allegare alla certificazione necroscopica rilasciata dal medico legale dell'UO aziendale	1. Regolamento di Polizia Mortuaria (in fase di Attuazione)
		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 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
11) Affari legali e contenzioso	1) Assistenza legale gestita da avvocatura interna	Ricezione atto giudiziale Istruttoria Decisione di ricorrere in giudizio o procedere preventivamente per vie extragiudiziali	UOC Affari Legali	1) Omissione di informazioni per l'istruttoria al fine di agevolare il soggetto terzo ricorrente	Manca una collaborazione fattiva nella maggior parte dei casi, giustificata dai dirigenti dalla mancanza di risorse umane. Resistenza culturale al servizio di avvocatura interna Manca da parte dell'organizzazione una visione di un servizio di avvocatura teso a ridurre i contenziosi e a gestire le pratiche di giudizio con una logica di riduzione delle spese e dei danni per l'AO (a fronte di una cultura prevalente del ricorso in giudizio a tutti i costi che può produrre più spese che vantaggi per l'ente)	Medio	Medio	Prassi di corrispondenza tra l'Avvocatura e le UOC coinvolte Attività di richiamo da parte della Direzione Amministrativa in caso di mancata collaborazione Responsabilità dirigenziale Codice di comportamento	
	2) Assistenza legale gestita da avvocati nominati sulla base della short list	Nomina e assegnazione dell'incarico Istruttoria Rappresentazione in giudizio	UOC Affari Legali	2) Intraprendere la via giudiziale anche quando non ricorrono gli estremi di vantaggio dell'ente, al fine di vantaggi personali	Interesse degli avvocati di portare avanti le cause Orientamento culturale dell'organizzazione a favore di un approccio favorevole al ricorso in giudizio	Medio	Medio	Istituzione del servizio di Avvocatura interna Codice di comportamento	
	3) Procedimenti legali nei confronti dipendenti per responsabilità professionale e rimborso spese di giustizia	Messa a disposizione dei legali della short list o nomina di legali indicati dal dipendente Valutazione della responsabilità del dipendente e costituzione o meno dell'Ente come parte civile Rimborso spese di giustizia in caso di procedimento risolto positivamente per il dipendente	UOC Affari Legali	3) Mancata costituzione dell'ente come parte civile al fine di favorire il dipendente	Valutazione da parte della direzione strategica delle risultanze dell'istruttoria per valutare l'opportunità di costituirsi o meno parte civile Mancanza di elementi oggetti in fase istruttoria per definire la responsabilità per negligenza del dipendente in giudizio	Medio	Medio	1) C.C.N.L. 2) Regolamenti aziendali. 3) Codice di comportamento	

Area (Da PNA + ulteriori)	Processi	Fasi/azioni	Struttura	Evento di rischio	Cause (Comportamenti e fattori abilitanti)	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2024-2026	VALUTAZIONE RISCHIO POTENZIALE DEL PROCESSO (Alto/ Medio/ Basso) Aggiornamento 2025-2027	Misure esistenti	Misure integrative
12) Formazione e aggiornamento professionale del personale	1) Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale	Definizione del fabbisogno formativo	Direzione generale Direttori delle UUOCC e UUOD di area amministrativa e sanitaria proponenti; UOC Formazione, Qualità e Performace;	1) Alterazione dei fabbisogno formativo al fine di curvare il piano di formazione al 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/compiti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	Regolamento formazione e aggiornamento professionale (Reg. 389/2018)	Pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale del PAF (Piano aziendale della formazione) e dei report periodici previsti dal punto 2.1.3 del Regolamento approvato con deliberazione n. 389/2018.
		Pianificazione offerta formativa	Direzione generale Direttori delle UUOCC e 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/compiti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	Regolamento "Organizzazione di	Verifica a campione (almeno 5%) sulle attività formative sponsorizzate per controllare la corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 Definizioni di sanzioni per gli sponsor che finanziano direttamente il sinogoli
		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/compiti assegnati ai direttori e alle UUOCC.	Alto	Alto	eventi formativi esterni sponsorizzati in azienda" e alla "partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spesa a carico di soggetti terzi" (Reg. 385/2018)	<u> dipendente, attraverso ad esempio l'impossibilità di partecipare a gare o stipulare contratti con l'AO per i tre anni successivi al fatto.</u>
	Selezione del personale per la partecipazione agli eventi formativi esterni sponsorizzati	Direzione generale UOC Sviluppo organizzativo risorse umane; UOC Formazione, Qualità e Performace	9) Favorire personale predeterminato	Mancanza di collegamento tra il fabbisogno formativo del personale e l'offerta formativa proposta	Alto	Alto		
	Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati	Tutti i dipendenti Direzione generale UPD	10) Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO	Mancanza di conoscenza e consapevolezza dell'illecito da parte dei dipendenti; Non adeguata attuazione del sistema sanzionatorio sia nei confronti dei dipendenti che nei confronti delle aziende che sponsorizzano la formazione di singoli operatori sanitari	Alto	Alto		

Allegati alla sottosezione 2.3 – Anticorruzione e Trasparenza

- Obblighi di pubblicazione



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Disposizioni generali		Art. 12, c. 2, d.lgs. n.33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	UOC gestione risorse umane	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	UOC Affari generali	Tempestivo
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013		Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	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	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n.69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016	
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		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 euro)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
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		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)
		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

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]		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		
				4) attestazione concernente le variazioni intervenute dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB) dando eventualmente evidenza del mancato consenso		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae		Nessuno



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Nessuno
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Nessuno
		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		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
		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)		Nessuno



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		Nessuno
		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		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

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



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione		Aggiornamento
Consulenti e collaboratori		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		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)
		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).
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)]	UOC gestione risorse umane	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	UOC gestione risorse umane	Tempestivo
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	non applicabile	Annuale
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC gestione risorse umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC gestione risorse umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC gestione risorse umane	Nessuno
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC gestione risorse umane	Nessuno
		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	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)
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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)
	OIV	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)
		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)



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

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)
	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
Performance			(da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	UOC gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li 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	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	tutte le strutture per gli ambiti di rispettiva competenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio online, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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



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

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)



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


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)



Nuova griglia sulla sotto sezione “ bandi di gara e contratti” di recepimento delle novita’ del nuovo codice appalti (d.lgs. n. 36/23 e delle delibere ANAC nn. 261 e 264 modificata dalla delibera n. 601 del 19 dicembre 2023)


Denominazion e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE		Aggiornament o	ufficio responsabile della pubblicazione dei Dati
Bandi di gara e contratti		ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE	ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link al fascicolo di gara detenuto dalla BDNCP in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti	Tempestivo	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)
	Automatizzazione delle procedure (art 30, d.lgs . n. 36/23)	Automatizzazione delle procedure	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	
	Acquisizione interesse realizzazione opere incompiute (Allegato I.5 al d.lgs. n. 36/23 – Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schema tipo (art 4, c. 3)	Acquisizione interesse realizzazione opere incompiute	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MI	Tempestivo	
	Mancata redazione programmazione (Allegato I.5 al d.lgs. n. 36/23 – Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schema tipo (art 5 c. 8, art 7 c. 4)	Mancata redazione programmazione	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	
	Documenti sul sistema di qualificazione (art 168, d.lgs. n. 36/23) Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Documenti sul sistema di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)			Aggiornament o	ufficio responsabile pubblicazione dei Dati
Gravi illeciti professionali Art 169, d.lgs. n. 36/23	Gravi illeciti professionali	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	
Progetti di investimento pubblico Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Tempestivo	

<div><div></div><div><div>REGIONE CAMPANIA</div><div>AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</div><div>"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"</div><div>CASERTA</div></div></div>				
PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK AL FASCICOLO DI GARA DETENUTO SULLA BDNCP, E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023				
Fase o procedura	Denominazione del singolo obbligo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento	ufficio responsabile pubblicazione d
Pubblicazione Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato L6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	Dibattito pubblico	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai n. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	

	Documenti di gara	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito	Tempestivo	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)
--	--------------------------	---	------------	---

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Fase o procedura	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornament o	Ufficio responsabile pubblicazione dei dati
	Affidamento (Art. 28, d.lgs. 36/2023 e Allegato 1) Delibera ANAC n. 605/23) (Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023))	Commissioni giudicatrici Pari opportunità e inclusione lavorativa	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Tempestivo	UOC Provveditorato – Economato UOC Ingegneria Ospedaliera UOC tecnologia Ospedaliera UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA)
	<i>Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs.36/2023</i> Collegio consultivo tecnico / Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9,l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei	FASE Esecutiva Collegio Consultivo Tecnico (CCT) Pari opportunità e inclusione lavorativa	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente	Tempestivo	

contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)		concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti REGIONE CAMPANIA AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" 12 marzo 2024 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)		
Varianti on corso d' opera	Comunicato ANAC del 30 gennaio 2025	I dati relativi alle modifiche contrattuali sono trasmessi alla BDNCP mediante le piattaforme di approvvigionamento certificate e pubblicati ai sensi dell' art 28 del d.lgs. n. 36/23. Per le varianti riferibili ai contratti sopra soglia e di valore superiore al 10%, la documentazione concernente la specifica variante, analiticamente individuata all' art 5, c. 12 allegato II.14 del d.lgs. n. 36/23, deve essere resa disponibile dalla stazione appaltante entro 30 giorni dalla approvazione della stessa tramite un link ipertestuale che rinvia alla sezione Amministrazione Trasparente in cui è conservata la documentazione stessa.	Tempestivo	
Sponsorizzazioni Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Contratti di sponsorizzazione	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	
Procedure di somma urgenza e di protezione civile Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure di somma urgenza	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall' importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell' esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	
Finanza di Progetto Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Finanza di progetto	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	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
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	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)



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

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
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)
				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



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

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	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
	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)
	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		
	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)
	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)



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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
Opere pubbliche	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Ingegneria Ospedaliera	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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
-----------------	------------------------------	--	---	--	------	---------

Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione			legge n. 190 del 2012, (MOG 231)		
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)		Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)		Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		Tempestivo



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

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	struttura organizzativa responsabile della pubblicazione	Aggiornamento
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



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

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.dati.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)



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

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



Allegato alla sottosezione 3.3

- Programma formativo aziendale 2026

N°	Titolo	Trimestre	Durata	UO	Max Partecipanti	Responsabile	Destinatari
1	Care e comunicazione in neonatologia	3	8	Terapia Intensiva Neonatale	20	ABBATE LUISA - DI MONACO PIETRO	Medico Chirurgo - Infermiere - infermiere Pediatrico
2	Stabilizzazione del neonato in corso di trasporto	3	20	Terapia Intensiva Neonatale	20	ANSALONE ANTONELLA	Medico Chirurgo - Infermiere - infermiere Pediatrico
3	La Malattia Celiaca: approccio multidisciplinare dalla diagnosi alla gestione delle forme complesse	3	8	Endoscopia digestiva	50	ASTRETTO SILVIA	Medico Chirurgo - Psicoterapeuta - Infermiere - Dietista
4	Corso di aggiornamento teorico-pratico: catetere venoso centrale	2	9	Nefrologia e Dialisi	20	BELLIZZI VINCENZO	Tutte le professioni sanitarie
5	Ecocardiografia transesofagea di base	4	6	TICV	30	BIANCHI PAOLO	Medico Chirurgo - Perfusionista - Infermiere -
6	La sicurezza in Oncologia: aspetti teorico-pratici	3	13	Farmacia	20	BISCEGLIA MARIA DEZIA	Medico Chirurgo - Infermiere - TSLB - - OSS
7	Suturatrici meccaniche e laparoscopiche: tecnologia , appropriatezza , sicurezza e sostenibilità nella scelta dei prodotti presenti nell'A.Q. Soresa per le Aziende del SSR della Regione Campania	3	9	Farmacia	80	BISCEGLIA MARIA DEZIA	Medico Chirurgo - Farmacista - Infermiere - Ostetriche
8	BLS-D (Basic Life Support Defibrillation)	2	8	Cardiologia	12	CALABRO PAOLO	Tutte le professioni
9	Il ciclo degli appalti pubblici dopo il correttivo: punti di forza e di debolezza (Obbligatorio)	2	7	Provveditorato	30	CAPOBIANCO TERESA	Personale Amministrativo - Direttori UU.OO.CC. - Incarichi di Funzione Organizzativa
10	Piano Nazionale Esiti e corretta compilazione delle SDO	1	5	Epidemiologia	40	D'AGOSTINO FEDERICA	Medico Chirurgo (Referente SDO)
11	“L’infermiere/ostetrica in sala operatoria: competenze, ruoli e training operativo”	2	42	Ostetricia e Ginecologia	50	DE FRANCISCIS PASQUALE	Medico Chirurgo - Infermiere - Ostetrica
12	Sostenere la normalità della nascita in travaglio: l'utilizzo della Labour Care Guide per la sorveglianza della progressione e il movimento libero come strumento di promozione	3	8	Ostetricia e Ginecologia	35	DE FRANCISCIS PASQUALE	Medico Chirurgo - Ostetrica - OSS
13	L'utilizzo dell'acqua durante il travaglio ed il parto	2	8	Ostetricia e Ginecologia	30	DE FRANCISCIS PASQUALE	Medico Chirurgo - Infermiere - Infermiere Pediatrico - Ostetrica - OSS
14	La lombosciatalgia: dalla diagnosi al trattamento	2	10	Neurochirurgia	30	DE MARINIS PASQUALINO	Medico Chirurgo - Infermiere - Fisioterapista - Tecnico di Neurofisiopatologia - TSRM - OSS
15	Insufficienza respiratoria: gestione multidisciplinare	4	7	Pneumologia	50	DI PERNA FELICE	Tutte le professioni sanitarie
16	Scelta e gestione dei Cateteri Venosi Centrali in ambito Onco-ematologico	4	4	Ematologia	15	FRIGERI FERDINANDO	Medico Chirurgo - Infermiere
17	Assistenza al paziente con stomia urinaria: prevenzione delle complicanze e qualità di vita	4	6	Urologia	30	FUSCO FERDINANDO	Infermiere - Ostetrica - OSS
18	La gestione del cateterismo vescicale: teoria, pratica e responsabilità professionale	3	8	Urologia	26	FUSCO FERDINANDO	Medico Chirurgo - Infermiere - Ostetrica - OSS
19	La Violenza sessuale, aspetti normativi, clinici, psicologici e medico-legali	4	6	Medicina Legale	30	GIUGLIANO PASQUALE	Tutte le Professioni
20	Il codice di comportamento nelle strutture sanitarie. Etica pubblica e codice di comportamento etico.	2	3	Medicina Legale	100	GIUGLIANO PASQUALE	Tutte le Professioni
21	Cybersicurezza, Trasparenza e GDPR. Cosa cambia dopo la NIS 2	1	4	Medicina Legale	60	GIUGLIANO PASQUALE	Personale Amministrativo
22	Il PIAO e l'Anticorruzione nelle strutture sanitarie	1	6	Medicina Legale	100	GIUGLIANO PASQUALE	Personale Amministrativo

23	Il consenso ai trattamenti sanitari (Obbligatorio)	1	6	Medicina Legale	30	GIUGLIANO PASQUALE	Tutte le professioni sanitarie
24	La documentazione sanitaria tra aspetti medico-legali e sicurezza delle cure (Obbligatorio)	1	6	Medicina Legale	30	GIUGLIANO PASQUALE	Tutte le professioni sanitarie
25	Fast microbiology per la gestione tempestiva delle infezioni	2	6	Microbiologia e Virologia	60	GRECO RITA	Medico Chirurgo - Biologo - Farmacista - Infermiere - Ostetriche - TSLB
26	Clostridioides difficile	3	5	Microbiologia e Virologia	60	GRECO RITA	Medico Chirurgo - Farmacista - Infermiere - Biologo - TSLB
27	Reumatologia ad alta complessità: urgenze, red flag e percorsi ospedalieri	2	6	Reumatologia	20	ITALIANO GIOVANNI	Medico Chirurgo
28	Malattia di Still	3	6	Reumatologia	26	ITALIANO GIOVANNI	Tutte le professioni sanitarie - Assistente Sociale - OSS
29	Percorso Stroke PDTA AORN Caserta	2	6	Stroke Unit- Neurologia	40	MARTUSCIELLO GIOACCHINO	Medico Chirurgo - Infermiere - Fisioterapista - Logopedista - TSRM - Dietista
30	Informatizzazione del percorso chirurgico	2	6	Day Surgery	15	MASSA SALVATORE	Medico Chirurgo - Infermiere - Ostetrica - TSRM - TLBM - OSS
31	Nuove Tecnologie in sala operatoria	2	7	Day Surgery	20	MASSA SALVATORE	Medico Chirurgo - Infermiere - Ostetriche
32	Accessi Vascolari Neonatali	2	8	Terapia Intensiva Neonatale	20	MASTROIANNI ROSSELLA	Medico Chirurgo - Infermiere - infermiere Pediatrico
33	Rianimazione neonatale	1	8	Terapia Intensiva Neonatale	20	MASTROIANNI ROSSELLA - DI MONACO PIETRO	Medico Chirurgo - Infermiere - infermiere Pediatrico
34	La donazione di organi e tessuti: implementazione della cultura in materia di donazione e trapianto	3	8	OSOIS	100	MATANO ALFREDO	Tutte le Professioni
35	Le buone pratiche per garantire la sicurezza dei pazienti	2	8	Risk Management	30	LISI DANILO - MISEFARI RAFFAELE	Tutte le Professioni - Assistente Sociale - OSS
36	Malattie infiammatorie croniche intestinali: nuove prospettive e approccio multidisciplinare	2	8	Gastroenterologia	30	MUCHERINO CATERINA	Medico Chirurgo - Infermiere - Dietista
37	Il triage ed il codice rosa: questo sconosciuto	3	6	Pediatria	30	NUNZIATA FELICE	Medico Chirurgo - Infermiere - Infermiere Pediatrico - Ostetrica - Assistente Sociale - OSS
38	Crescere insieme: percorso interprofessionale materno-infantile.	2	6	Pediatria	50	NUNZIATA FELICE	Medico Chirurgo - Psicologo - Dietista - Infermiere - Infermiere Pediatrico - Ostetrica
39	Supporto vitale avanzato pediatrico con simulazione ad alta fedeltà	3	18	Pediatria	20	NUNZIATA FELICE	Medico Chirurgo - Infermiere - Infermiere Pediatrico - Ostetrica -
40	Linee Guida e procedure infermieristiche in età pediatrica	3	6	Pediatria	30	NUNZIATA FELICE	Medico Chirurgo - Infermiere - Infermiere Pediatrico
41	Nuove frontiere delle terapie oncologiche	4	6	Oncologia	12	ORDITURA MICHELE	Medico Chirurgo - Farmacista
42	POINT OF CARE TESTING: dalla teoria alla pratica (V Edizione)	4	8	Laboratorio Analisi	100	PETRUZZIELLO ARNOLFO	Tutte le Professioni
43	La Medicina di Laboratorio: nuove frontiere (III Edizione)	4	8	Laboratorio Analisi	100	PETRUZZIELLO ARNOLFO	Tutte le Professioni
44	Principi di base di Ecocardiografia per il neonatologo	3	8	Terapia Intensiva Neonatale	20	Piccirillo Margherita	Medico Chirurgo
45	Update in Senologia. Nuovi standard e qualità della cura	2	8	Senologia	30	PITRUZZELLA GIANPAOLO	Medico Chirurgo - Infermiere - TSRM - Ostetriche
46	PBM ed applicazioni cliniche	4	6	SIT	30	RAIMONDI SONIA ANNA	Tutte le professioni sanitarie

47	Gestione Plasma ed Emoderivati: indicazioni cliniche ed impatto economico	3	6	SIT	30	RAIMONDI SONIA ANNA	Tutte le professioni sanitarie
48	Gestione delle anemie: alternative alla trasfusione	2	6	SIT	25	RAIMONDI SONIA ANNA	Tutte le professioni sanitarie
49	Le infezioni vie urinarie e antimicrobial stewardship	4	6	Malattie Infettive	20	SAGNELLI CATERINA	Tutte le professioni sanitarie
50	Management dell'infezione da HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse	3	6	Malattie Infettive	20	SAGNELLI CATERINA	Tutte le professioni sanitarie
51	Il Diabete Mellito - Approccio clinico integrato e gestione ospedaliera multidisciplinare	2	6	Diabetologia	28	SCHETTINO MARCIANO	Tutte le Professioni
52	Processi gestionali come strumento di programmazione e supporto alle decisioni	2	4	Programmazione e Controllo di Gestione/ Epidemiologia	70	SIGNORIELLO UMBERTO/ D'AGOSTINO FEDERICA	Tutte le professioni sanitarie
53	La cura nel fine vita: complessità cliniche, etiche e assistenziali	2	6,5	Medicina Interna	40	TIBULLO LOREDANA	Tutte le professioni sanitarie - OSS
54	4 Incontri sulla quotidianità assistenziale in Geriatria	2	4	Geriatria	25	VARRICCHIO GINA	Tutte le Professioni Sanitarie
55	Shock cardiogeno e dispositivi di assistenza meccanica	3	16	UTIC	40	VETRANO ALFREDO	Medico Chirurgo - Infermiere - Perfusionista
56	Elettrocardiogramma: leggere, capire, decidere.	1	20	UTIC	40	VETRANO ALFREDO	Medico Chirurgo - Infermiere - Perfusionista